

Министерство здравоохранения Республики Беларусь  
УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет»

**А.Л. Церковский,  
В.П. Дуброва**

# **Медицинская этика**

**Курс лекций**

Библиотека ВГМУ



Витебск,  
ВГМУ  
2007

614.253(075)

УДК 616-082:171

ББК 51.1(2)пн7

Ц 44

Рецензенты:

Кирпиченко А.А. – профессор, доктор медицинских наук, заведующий кафедрой психиатрии и наркологии Витебского государственного медицинского университета, Заслуженный деятель науки РБ

Глушанко В.С. – профессор, доктор медицинских наук, заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения Витебского государственного медицинского университета

Церковский А.Л.

Ц 44 Медицинская этика. Курс лекций:

/ А.Л. Церковский, В.П. Дуброва. – Витебск:

ВГМУ, 2007. – 260 с.

303178

ISBN 978-985-466-173-5

Учебное пособие «Медицинская этика. Курс лекций» написано с целью помочь студентам-медикам усвоить основные положения медицинской этики, изучить методологические основы и теоретические проблемы медицинского взаимодействия, ознакомиться с современным состоянием основных медико-этических проблем, встречающихся в практической деятельности врача. Использование в лекционном материале примеров из врачебной практики вооружает студентов конкретными знаниями в области профессиональной медицинской этики. Пособие адресовано студентам медицинских вузов и преподавателям.

УДК 616-082:171

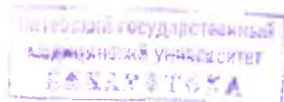
ББК 51.1(2)пн7

19. 2010 г.

© Церковский А.Л., Дуброва В.П., 2007

© УО «Витебский государственный  
медицинский университет, 2007

ISBN 978-985-466-173-5





## СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие .....	4
<b>Глава I. Медицина и этика</b> .....	7
Лекция 1. История и современное состояние проблем медицин- ской этики .....	7
Лекция 2. Основы профессиональной этики в медицине .....	23
Лекция 3. Медицина, общество, нравственность .....	33
Лекция 4. «Нетрадиционная медицина» и этика .....	46
Лекция 5. Медико-этические аспекты здоровья и болезни .....	61
<b>Глава II. Личность участников медицинского взаимодей-</b> <b>ствия</b> .....	72
Лекция 6. Медико-этические проблемы пациента .....	72
Лекция 7. Медико-этические особенности деятельности семей- ного врача .....	89
Лекция 8. Межколлегальные отношения в медицине .....	106
Лекция 9. Медицинские ошибки и ятрогении .....	119
<b>Глава III. Атрибуты, принципы и нормы этики в медицине</b> ...	132
Лекция 10. Этические атрибуты медицинской деятельности .....	132
Лекция 11. Принцип автономии в медицине .....	143
Лекция 12. Принципы непричинения вреда и благодеяния в медицине .....	155
Лекция 13. Принцип справедливости в медицине .....	167
Лекция 14. Этические нормы правдивости и конфиденциально- сти в медицине .....	179
<b>Глава IV. Современное состояние отдельных медико-</b> <b>этических проблем</b> .....	197
Лекция 15. Медико-этические проблемы прокреации .....	197
Лекция 16. Медико-этические аспекты проблемы смерти.....	215
Лекция 17. Этические аспекты экспериментов и клинических ис- пытаний в медицине .....	229
Лекция 18. Этические аспекты новых медицинских технологий...	242

## ПРЕДИСЛОВИЕ

*«С давних пор и до наших дней этика была и остается органичной частью медицины. Под профессионализмом в медицине всегда понималось сочетание специальных знаний и искусства врачевания с высокой нравственностью».*

*Из преамбулы Кодекса профессиональной этики*

Медицинская этика относится к прикладной этике, вопрос о научном статусе которой является в настоящее время не решенным, поскольку его постановка зависит от различных параметров социокультурного пространства, в котором она развивается. Однако очевидным является то, что она касается проблем *выработки модели взаимоотношений в диаде «врач – пациент»* на основе принципов гуманизма и этической доктрины «информированного согласия», предполагающей право пациента принимать самостоятельное решение по поводу медицинского лечения.

Курс медицинской этики является составной частью комплексной программы формирования психологической компетентности врача, необходимость реализации которой обусловлена такими *факторами*, как:

- 1) динамика изменений «социальной анатомии» здоровья;
- 2) усиление роли нервно-психических факторов в возникновении болезней;
- 3) эволюция идеологии современной медицины, тенденции ее гуманизации, «психологизации»;
- 4) профилактическая направленность здравоохранения (Ю.Ф. Поляков).

Сегодня уже трудно найти профессионала, который не согласится с тем, что врачебное искусство детерминруется не только профессиональными медицинскими знаниями, умениями и навыками, но и психологическими факторами и, прежде всего, психологическими особенностями врача как субъекта медицинской деятельности.

Психологические особенности врача, как указывают психологи в экспериментальных исследованиях, опосредуют характер взаимодействия врача и пациента (врача и родственников пациента), характер взаимоотношений врача с другими медицинскими специалистами, отношение врача к себе как субъекту профессиональной деятельности, реализацию врачом своего профессионального мастерства в различных, в том числе и стрессовых, условиях.

Все эти виды отношений, в которые вступает врач в ходе лечебного взаимодействия, являются слагаемыми результативности его профессиональной деятельности. *Психологические особенности успешного врача представляются следующими характеристиками:*

1) мотивацией достижения успеха, стремлением быть успешным и представлением об активности и действиях, способных привести к успеху и предотвращающих неудачи в медицинском взаимодействии, что обеспечивает реализацию профессионального потенциала личности в деятельности;

2) позитивными представлениями об образе «Я», уверенность в себе;

3) интернальным локусом контроля (понимание того факта, что в достижении успеха или неуспешности в жизни и деятельности все зависит от меня и моих стараний больше, чем от других людей и обстоятельств), что, как известно, обеспечивает возможность сохранения контроля за ситуацией, ее исходом и повышения вероятности успеха в последующих действиях;

4) стремлением к самоактуализации, высоким уровнем личностной зрелости и потребностью быть индивидуальным;

5) самостоятельностью и независимостью (высоким уровнем личностной свободы).

Эти и другие психологические особенности позволяют врачам, деятельность которых успешна, конструктивно преодолевать сложности медицинского взаимодействия, и, прежде всего, в часто повторяющихся стрессовых ситуациях, где необходимо быстрое принятие решения и готовность отвечать за его результаты (М.И. Жукова).

Исходя из вышесказанного, данный курс ставит своей *целью*:

– *усвоение* студентами основных положений медицинской этики в их приложении к задачам психологической подготовки врачей;

– *изучение* методологических основ и теоретических проблем медицинского взаимодействия;

– *ознакомление* с основными правилами общения в диадах «врач – пациент», «врач – другие медицинские специалисты», «врач – родственники больного» и др.;

– *ознакомление* с современным состоянием основных медико-этических проблем, встречающихся в практической деятельности врача;

– *обсуждение* практических задач, возникающих в процессе медицинского взаимодействия;

– *создание условий* для роста профессионального самосознания и самосовершенствования.

Курс рассчитан не только на передачу студентам совокупности определенных идей и проблем, разработанных в медицинской этике и психологической науке (психологии общения и социальной психологии), но и на превращение основных идей в прочувствованное, «личное знание». Он также должен способствовать запуску в действие механизмов профессионального самосознания, самоисследования, развития социально-психологической культуры будущего врача.

В связи с этим в курсе поставлены конкретные *задачи*:

1) усвоение студентами некоторой совокупности идей и представлений об изучаемом предмете;

2) демонстрация некоторых процедурно-организационных приемов общения в диаде «врач – пациент», «врач – родственники больного», «врач – другие медицинские специалисты»;

3) создание эмоционально прочувствованного отношения к изучаемому предмету, достижение перевода основных идей медицинской этики в «личностное знание», запускание в действие механизмов профессионального самосознания и самоисследования;

4) совершенствование социально-психологической культуры будущего врача;

5) осуществление контроля за усвоением знаний в двух формах: зачетной, в виде самоотчетов и дневниковых записей

Курс интегрирует с социально-гуманитарными дисциплинами, психологическими и педагогическими основами профессиональной деятельности врача, курсом ухода за больными. Он создает основу для последующего изучения биоэтики, деонтологии, медицинской психологии и элективных курсов («Психология общения», «Психология межличностного конфликта», «Психология семьи в контексте медицинского взаимодействия», «Психология управления персоналом лечебного учреждения», «Коммуникативная компетентность врача: диагностика и развитие» и др.).

## ГЛАВА I. МЕДИЦИНА И ЭТИКА

### ЛЕКЦИЯ 1. ИСТОРИЯ И СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ

#### 1. Этапы развития медицинской этики

В своем развитии медицинская этика прошла сложный путь эволюции. На различных этапах ее называли врачебной этикой, медицинской деонтологией. В настоящее время все чаще в литературе медицинскую этику называют биомедицинской этикой.

Обращаясь к истории предмета, необходимо отметить, что появление медицинской этики, как прикладной дисциплины, явилось целесообразным и необходимым процессом, отражающим законы, принципы и правила, по которым осуществляется медицинская деятельность.

Медицинская этика формировалась на основе общечеловеческой этики. Необходимость выработки правил поведения в сообществе (системы запретов и разрешений, наказаний и поощрений за различные поступки) возникла в эпоху нового каменного века – *неолита* (8–3 тыс. лет до н.э.).

В этот период первобытное человеческое стадо превратилось в родовую общину. Человечество перешло от *«присваивающего»* способа хозяйствования (собирающие плоды, ягод, охота) к *производящему* (скотоводство, земледелие).

В этот период люди стали стремиться к оседлости. У них появилось разделение труда. Жизнь в коллективе помогала защищаться от врагов, облегчала добычу пищи, строительства жилья. Вместе с тем она потребовала выработки определенных норм и правил коллективного существования, обязательных для каждого члена сообщества. В это время появились понятия о тотеме и табу.

*Тотемизм* – древнейшая форма религии раннеродового строя, характеризующаяся верой в сверхъестественную связь и кровную близость данной родовой группы с каким-либо тотемом, который считается не божеством, а родичем и другом. Тотемом могло быть животное, растение, предмет или явление природы [12].

*Табу* – религиозный запрет, налагаемый на какой-либо предмет, действие, слово и т.п., нарушение которого будто бы неминуемо влечет жестокую кару (болезнь, смерть) со стороны сверхъестественных сил [12].

*Первобытная мораль гласила: разрешено все то, что не запрещено.* В эту эпоху сложились определенные представления о добре и зле. Так в одной из самых древних религиозных книг у зороа-



стрийцев в священной «Авесте» (VIII – VII вв. до н.э.) утверждается, что весь миропорядок зависит от борьбы Добра и Зла, Света и Тьмы, Жизни и Смерти [6].

По мнению профессора М.Я. Яровинского, развитие медицинской этики можно условно разделить на несколько этапов [15].

### *1.1. Первый этап развития медицинской этики*

Палеопатологи при изучении костных останков людей эпохи неолита неоднократно обнаруживали на них следы заживших переломов. Люди с такими повреждениями могли выжить лишь при условии длительного ухода за ними. В уходе нуждались женщины после родов, маленькие дети. Престарелых, которые становились обузой для племени, чаще всего уничтожали или они кончали жизнь самоубийством. Мы не знаем, кто ухаживал за больными и ранеными в племенах древних людей или варваров. Но мы знаем, что в эпоху неолита лечение больных стало видом профессиональной деятельности, так как уже существовала *«формирующаяся медицина»*.

Очевидно, что тогда и начался *первый этап развития науки о регулировании поведения медика (знахаря)*, опиравшейся на основные моральные ценности – понятия о добре и зле, ставшие впоследствии фундаментальными категориями этики. Пробразом современного этического принципа благодеяния (добродейания) можно считать первый закон этой науки: *«Оказание помощи больному – добро, неоказание (без каких-либо весомых причин) – зло»*.

Культура человека эпохи неолита характеризовалась *мифологическими образами, анимизмом* (от лат. *anima* – душа, вера в существование души и духов), *фетишизмом* (от французского *fetich* – талисман, амулет, идол). Она приучила людей к мысли о том, что болезни вызывают какие-то темные силы, злые духи и жестокие боги.

В борьбе с болезнями человек мог использовать набор каких-то трав, корней, веществ, а также молитву, которая обращалась к доброму духу или доброму богу. Она содержала просьбу изгнать злой дух, причинивший вред его собственному здоровью или здоровью тех, кто обратился к нему за помощью.

По мнению Д.Д. Фрезера, для больных в качестве помощника, выступала *магия*. Она вселяла надежду и предлагала способы воздействия на злых духов [13]. Людей, знающих эти способы и владеющих искусством исцеления (т.е. способностью делать целым тело, разрушенное болезнью), у славян называли *знахарями, чародеями, колдунами, ведунами*, у индусов – *вайдиями*, у древних евреев – *левитами*, у древних греков – *асклепиадами*. Учитывая то, что первобытный врач при лечении обращался к какому-то Богу или многим богам, можно сказать, что его деятельность определялась и регулировалась

*теургическим способом* (от греч. theurgia: theos – бог и ergon – работа).

В разные времена и у разных народов к «целителям» было различное отношение. В случаях, когда молитвы и действия приносили пользу, то им дарили подарки и даже приравнивали их к богам. Но иногда их «ждали» суровые наказания: в случаях смерти больного «целителей» убивали; в Древнем Вавилоне (XVIII в. до н.э.) хирургу, разрезавшему руку больного и не излечившего от болезни, отрубали его собственную или требовали выплатить огромный штраф.

Началом осмысления фундаментальных нравственных ценностей можно считать эпоху становления классового общества с его разделением материального и духовного труда. Наиболее изученным и значимым для нас является процесс осмысления нравственных проблем, а также становления этики в Древней Греции.

Традиционно «отцом» античной этики считается Сократ (469–399 гг. до н.э.). Он одним из первых начал изучать *поведение людей*. Сократ полагал, что человек по своей природе добр (нравственен). Причиной аморального поведения он считал недостаточные этические знания [10].

Один из самых выдающихся философов эпохи античности Платон (427–347 гг. до н.э.) считал, что *добродетель* – это порядок и гармония души. Он различал *четыре основные добродетели*: мудрость, мужество (смелость), благоразумие (самообладание) и справедливость, как самую главную добродетель, которая компенсирует и сочетает в себе другие [10].

Аристотель (384–322 гг. до н.э.), выдающийся древнегреческий философ, предложил понятие «*этика*» (от греч. ethos – привычка, мораль, обычай, нрав, характер). Специфика этики как науки, по мнению Аристотеля, состоит в том, что она вооружает человека методами и средствами воздействия на окружающий мир и людей, живущих в нем. Делает она это с помощью формирования идей о должном (от греч. deon – долг, должное; отсюда деонтология – наука о должном), о добре и зле, об идеалах. Этика становится учением о назначении и смысле жизни человека, о моральных принципах и нормах поведения [10].

Медицинскую этику часто называют «*мудростью врачевания*». Уже более 2 тысяч лет назад прекрасно понимали, что подход к больному должен быть индивидуальным, что необходимо учитывать его как психическое, так и физическое состояние (у Аристотеля: «...как может быть исцелен такой-то больной и как надобно лечить каждого в отдельности...»).

Для европейской медицины по сей день непреходящее значение имеет Гиппократ и его этика (460–370 гг. до н.э.). Особое значение имеет его знаменитая *клятва*, которая является самым древним ме-

дико-этическим документом. Эту клятву давали выпускники знаменитой школы асклепиадов, родоначальником которой считался бог медицины Асклепий. Самым известным ее выпускником был знаменитый Гиппократ II Великий Косский.

С большей или меньшей полнотой основные положения клятвы Гиппократа в дальнейшем входили в многочисленные этические наставления, кодексы врачей всех последующих веков.

В других трудах медицинской школы Гиппократа («О благоприличном поведении», «Закон», «О врачах», «Наставления», «Об искусстве», «О древней медицине») рассмотрены проблемы взаимоотношения врача и больного, врача и родственников больного, врачебная тайна, отношение к ошибке, эвтаназия, межколлегальные взаимоотношения [3].

При сравнении между собой «Клятвы Гиппократа» с другими трудами по медицинской этике (наставлений древнеиндийского врача Сушруты, «отца» китайской медицины Сан Сю-Мао) отмечается тот факт, что во все времена и у всех народов предъявлялись повышенные требования к морально-нравственным качествам врача, к профессиональному поведению врачей в рамках их общения с пациентом, с его семьей, межколлегальных взаимоотношений [16].

Таким образом, первый этап развития медицинской этики, начавшийся с «формирующейся медицины», завершился появлением трудов греческих философов и работ школы Гиппократа.

### *1.2. Второй этап развития медицинской этики*

Началом второго этапа формирования медицинской этики считается появление *монотеистических религий* (от греч. monos – единственный и theos – бог): *буддизма* (середина II-го тыс. до н.э.), *иудаизма* (XIII–XII вв. до н.э.), *христианства* (I век н.э.) и *ислама* (VII в. н.э.). Для этого периода развития медицинской этики характерно *совмещение функций врача и священника*.

Так, в Библии можно найти следующие рекомендации: «Когда у кого появится на коже тела его опухоль или лишай, или пятно, и на коже тела его сделается как бы язва проказы, то должно привести его к Аарону священнику, или к одному из сынов его священников» (13-я глава книги «Левит» – «Закон о проказе; повеления о ней священникам»).

В священных книгах (Авесте, Библии, Коране) изложены положения, регламентирующие правила вступления в брак (по-видимому, для профилактики кровосмешения – инцеста), запреты использования в пищу мяса животных (возможно, для профилактики чумы, сибирской язвы, глистных инвазий).

В этих мировых религиозных сводах имеются и *нравственные правила поведения в обществе*. Общеизвестны «10 заповедей»



Моисея, содержащие такие *нравственные нормы*, как запреты убийства, кражи, прелюбодеяния, лжесвидетельства и т.д. Так постепенно складывалась *этика* – наука о морали (от лат. *moralis* – нравы, обычаи, привычки, поведение, мода).

Важное значение для истории медицинской этики имеют труды арабских ученых-медиков: Аль-Рухави («Практическая этика врача»), Ибн-абу Усейби («Приказ медицины»), Ибн Сины (Авиценны) («Канон медицины» и «Фирузнома»).

Объединяющим началом всех мировых религий, а также духовной основой деятельности служащих милосердию людей являлась *вера*. Эти религии призывают к милосердию, любви к ближнему, заботе о больных и немощных.

Христианская церковь возложила обязанность заботиться о больных и немощных на *дьяконов* (от греч. *diakonos* – служитель) и *дьяконисс*. Затем эти обязанности были возложены на рыцарские ордены. Так, члены ордена св. Лазаря в Иерусалиме ухаживали за прокаженными. От названия этого ордена и произошло слово *лазарет*.

В XI веке в Германии и Нидерландах были созданы *общины бегингов* (от нем. *beginnen* – начинать). В их состав входили женщины, которые ухаживали за больными. Начиная с XII века стали организовываться духовные попечительства о больных с их госпитальными братьями и сестрами. В Испании в 1540 году был основан орден «Братев милосердия». С XIII века в Германии существовала Община св. Елизаветы (елизаветинки). Во Франции в 1634 году была основана община сестер милосердия.

В Древнерусском государстве после «крещения Руси» (988 г.) при монастырях стали создаваться больничные палаты. Места, где боль кладет человека «нищ», стали называться *больницами*. Так как первые больницы были созданы в монастырях, некоторые из таких монастырей назывались больничными (монастырь Федора Студита в Москве).

Второй этап развития медицинской этики продолжался до тех пор, пока профессия врача не стала самостоятельной и более распространенной. Это стало возможным благодаря созданию медицинских факультетов университетов (от лат. *universitas* – совокупность, объединение).

### *1.3. Третий этап развития медицинской этики*

Началом третьего этапа развития медицинской этики можно считать *открытие в университетах медицинских факультетов* (от лат. *facultas* – способность, возможность), а также создание в последующем корпорации врачей.

Первым медицинским факультетом на Востоке стала светская медицинская школа в Салерно, которая была сформирована в X веке и

достигла своего расцвета в XII веке. В ней студентам необходимо было изучать три года философию и пять лет – медицину. После экзаменов студенты получали право на годичную практику. Завершал учебу в школе экзамен на получение лицензии.

Вслед за медицинской школой в Салерно в Европе стали открываться университеты [17]. После завершения учебы в университетах выпускники медицинских факультетов давали *Факультетское обязательство* (своеобразный вариант «Клятвы Гиппократов»).

В России первый университет был открыт в Москве в 1755 году. Через 3 года (1758) в его стенах начал свою работу Медицинский факультет [14].

В 1803 году в истории развития медицинской этики состоялось важное событие: английский врач из Манчестера Т. Персиваль издал книгу *«Медицинская этика»*. В ней он изложил «свод установленных правил и наставлений применительно к поведению врачей и хирургов в госпитальной и частной практике, в отношении к аптекарям, в случаях, которые требуют знания законов».

На развитие медицинской этики в России оказала большое влияние деятельность декана медицинского факультета Московского университета М.Я. Мудрова.

В своих работах «Слово о благочестии и нравственных качествах гиппократова врача» (1814) и «Слово о том, как учить и учиться Медицине Практической, или деятельному Врачебному Искусству при постелях больных» (1820) он уделял особое внимание влиянию на больного слов врача, а также постоянно отмечал тесную взаимосвязь медицинской этики («качеств гиппократова врача») с психологией и психотерапией [8].

Деятельность Т. Персиваля и М.Я. Мудрова необходимо рассматривать как своеобразный итог третьего периода развития медицинской этики. Этот период характеризовался *доминированием гуманных христианских идеалов*. В это время получила широкое распространение *благотворительность*: строились многочисленные больницы «для бедных», «для чернорабочего класса людей».

Важнейшей особенностью этого периода явилось формирование *партнерских отношений между врачами и медицинскими сестрами*. С этого времени справедливо можно говорить не только о врачебной, но и о медицинской этике.

Подтверждением этому могут служить некоторые исторические факты.

В 1822 году Х.Ф. Оппель, главный врач Мариинской больницы для бедных в Москве, написал «Руководство и правила, как ходить за больными, в пользу каждого, сим делом занимающегося, а наипаче для сердобольных вдов, званию сему особенно себя посвятивших».

Эту книгу по праву можно считать первым руководством по уходу за больными.

В годы Крымской войны Н.И. Пирогов руководил деятельностью прибывших в распоряжение русской армии сестер милосердия. Он считал, что важной функцией последних является, в частности, подача ухода и предсмертного утешения безнадежным раненым и больным.

#### ***1.4. Четвертый этап развития медицинской этики***

Четвертый этап развития медицинской этики называется *деонтологическим*. Это название связано с выходом книги «Деонтология, или наука о морали» (1834), которую написал английский философ и правовед Иеремия Бентам (1748 – 1832). В ней он утверждал: «Основание деонтологии – принцип пользы, иначе говоря, это значит, что определенный поступок является хорошим или плохим, достойным или недостойным, заслуживающим или не заслуживающим одобрения в зависимости от его тенденции увеличивать или уменьшать сумму общественной пользы». Это философское направление называли «*утилитаризмом*».

В своей книге о деонтологии И. Бентам ни разу не упоминает о врачах, считая деонтологию необходимой для людей любой профессии. Не смотря на это, в дальнейшем этот раздел этической теории, рассматривающий проблемы долга, моральных требований и нормативов, был крепко связан с медициной.

Наряду с профессором М.Я. Яровинским мы также разделяем мнение доктора философских наук А.Л. Иванюшкина, который пишет: «*Отрывать смысл термина «деонтология» в медицине от толкования его в этической науке неверно... Деонтология есть учение о нравственном долге и как таковая является частью этики... Деонтология в медицине – это конкретизация медицинской этики в соответствии с различными специальностями, с различными областями медицинской деятельности, с различными звеньями медицинского труда; это коллективный нравственный (духовно-практический) опыт медицины, школа профессионализма в медицине, искусства выбора самых оптимальных средств для утверждения медицинского гуманизма; это применение на практике принципов и норм медицинской этики в целях «максимального повышения суммы общественной полезности и максимального устранения вредных последствий неполноценной медицинской работы» [5].*

Новый этап в развитии медицинской этики был предопределен социально-экономическими особенностями развития общества. Дело в том, что развивающийся в XIX веке капитализм коренным образом изменил характер взаимоотношений между врачом и обществом, врачом и пациентом, межколлегальных взаимоотношений в медицинской среде.

Известный историк медицины Г. Сигерист пишет: *«Появление капитализма принесло другую концепцию и другой моральный климат общества. Это не могло не отразиться и на медицинской этике. Обнаружилось, что традиционные моральные ценности все менее эффективно действуют на профессиональное поведение медицинских работников, число которых заметно возросло. Все отчетливее на первый план стали выходить и подчеркиваться экономические аспекты. Профессия все более и более становилась средством заработка на жизнь...»*

*Прогресс медицины обеспечили: гигантское развитие естественных наук, а также техники, а затем индустриализации в современном мире... Представление о мире так изменилось, что врачу стало трудно найти свое место в этом новом мире, управляемом железной экономической необходимостью. Росло число врачей и возрастала конкуренция. Если еще вчера врач не беспокоился о своих счетах, то сегодня он должен продавать свое обслуживание... Чем эффективнее становилась медицина, тем сложнее и дороже она была, а врачу было все труднее оказывать бесплатную медицинскую помощь» [18].*

В это время все большее внимание стало уделяться вопросу о «свободном соглашении относительно гонорара», а не «безвозмездном или почти безвозмездном исполнении врачом своих обязанностей». На первый план выступили экономические интересы медицинских работников, не совпадающие с интересами пациентов. Этому посвящены работы Г. Цимсена «Врач и задачи врачебной профессии» (1887), а также А. Молля «Врачебная этика. Обязанности врача во всех проявлениях его деятельности». В них авторы призывали называть своих пациентов клиентами.

Последние два десятилетия XIX века в России постоянное внимание вопросам медицинской этики уделял журнал «Врач», созданный В.А. Манассениным, которого коллеги называли «рышарем врачебной этики». Особенно характерен взгляд В.А. Манассенина на врачебную тайну, которая, с его точки зрения, не должна быть разглашаема ни при каких обстоятельствах (так же, как тайна исповеди).

В самом начале нашего века (1901) были впервые напечатаны «Записки врача» В.В. Вересаева [1], где среди многих актуальных и по сей день сюжетов отметим лишь один – правомочности и «цене» медицинских экспериментов на людях.

Актуализации проблем медицинской этики в России в начале XX века способствовала книга А. Молля «Врачебная этика. Обязанности врача во всех отраслях его деятельности» [7].

В 1913 году после бурных дебатов XII съезд русских врачей в память Н.И. Пирогова принял решение о целесообразности отмены уголовного наказания за «аборт по просьбе».



И все-таки в одном отношении врачебная этика в России отставала от таковой в других европейских странах и США. В то время как в России осмысление этических вопросов медицины (в лице выдающихся представителей отечественных врачей) было представлено на высоком уровне лишь в публицистике и художественной литературе, западноевропейские страны вводили их в профессиональную деятельность.

После 1917 году вся система здравоохранения в России, как известно, подверглась коренной реформе:

1) началом начал этой реформы стал отказ от концепции врачебного дела как свободной профессии;

2) в системе советского государственного здравоохранения почти все практикующие врачи, сохраняя свои профессиональные функции, приобретали совершенно новый для них социальный статус – государственных служащих;

3) согласно этой новой философии врачебного дела необходимость в профессиональной этике как практически значимом регуляторе профессионального поведения врачей почти совсем отпала;

4) практически-регулятивная функция врачебной этики заменялась диктатом ведомственных инструкций, методических писем и приказов.

В этих условиях официальные определения профессиональной этики врачей как «пережитка капитализма», как классово чуждого явления, вполне закономерны. Первый нарком здравоохранения РСФСР Н.А. Семашко писал, что мы держим «Твердый курс на уничтожение врачебной тайны» [11].

Конечно, в советский период отечественное здравоохранение имело немало достижений, сейчас, однако, речь о другом. С нашей точки зрения, приведенная выше фраза Н.А. Семашко выразила те тенденции советской системы здравоохранения, последствия которых оказались для отечественной медицины катастрофическими.

В первом издании Большой Медицинской Энциклопедии (БМЭ) в 1928 году еще сохранялась отдельная статья «Врачебная тайна», в которой допускалось неразглашение врачам профессиональных тайн, но «не из уважения к чувствам больных», а так сказать, учитывая их отсталую психологию. К тому же резкий отказ от врачебной тайны, как считали авторы названной статьи, приведет к тому, что больные будут избегать, когда это нужно, посещения врачей.

Во втором (50-е годы) и третьем (70-е годы) изданиях БМЭ отдельной самостоятельной статьи «Врачебная тайна» вообще уже нет. За истекшие десятилетия существенной характеристикой профессионального (и гражданского) сознания как у составителей энциклопедии, так у подавляющего большинства отечественных практических врачей был *этический и правовой нигилизм*. Вплоть до последнего вре-

мени многие врачи, вписывая по-русски в листок нетрудоспособности диагноз заболевания своих пациентов, грубо нарушали профессиональную этику и закон.

На этом фоне необходимо вспомнить о работах Н.Н. Петрова в 30-50-х годах, посвященных *медицинской деонтологии*. Крупнейший русский хирург, один из основоположников отечественной онкологии Н.Н. Петров, отдавая дань времени (первое издание его «Очерков хирургической деонтологии» вышло в 1945 году), когда он пишет о врачебной этике (якобы отражающей кастовые, групповые интересы врачей), в то же время указывает на необходимость «максимального повышения суммы общественной полезности и максимального устранения вредных последствий неполноценной медицинской работы» [9]. Как видим, у Н.Н. Петрова произошла частичная реабилитация профессиональной этики врачей, а именно, одного из этических принципов Гиппократов – не причинения вреда больному.

«Медицинская деонтология» до 70-х годов XX века способствовала гуманизации медицины. Она приносила определенную пользу, привлекая общественное внимание к этико-деонтологическим проблемам. 28–29 января 1969 года в Москве состоялась первая Всесоюзная конференция по проблемам медицинской деонтологии. С тех пор прошло уже пять таких конференций. В 1988 году вышло двухтомное руководство «Деонтология в медицине» под редакцией академика Б.В. Петровского [4]. Его считают своеобразной вершиной деонтологического этапа в отечественной медицинской этике. В этом руководстве впервые в советской печати был воспроизведен текст перевода Женевской декларации (1948), т.е. спустя 40 лет после ее принятия.

В западных странах в это время уделялось особое внимание коммерциализации медицины, соблюдению прав пациентов. Значительную роль при этом играли профессиональные медицинские ассоциации, введение страховой медицины, законодательство, церковь, а также этические кодексы.

Возглавила эту работу *Международная медицинская ассоциация* (Association Professionnelle Internationale des Medecins). Она была создана в 1926 году и просуществовала до начала второй мировой войны. В нее входили врачи 23 стран. Советский Союз в работе этой организации участия не принимал.

### ***1.5. Пятый этап развития медицинской этики***

Начало современного (*биоэтического*) этапа истории медицинской этики связано со второй мировой войной. На Нюрнбергском процессе над руководителями фашистской Германии (1945-1946 гг.) и в особенности на Нюрнбергском процессе над медиками-нацистами (1946-1947 гг.) были обнародованы следующие многочисленные факты:

– производство преступных медицинских экспериментов на во-

еннопленных;

- проведение акций умерщвления неизлечимо больных (преимущественно с психическими расстройствами);

- насильственная стерилизация лиц «неарийской расы» и т.д.

В приговоре врачам-нацистам был сформулирован знаменитый *Нюрнбергский кодекс* (1947) – *десять этических правил проведения экспериментов на человеке*: обязанность добровольного осознанного согласия; право испытуемого на отказ от участия в эксперименте; исключение экспериментов, заведомо ведущих к смерти или инвалидности испытуемого, и т.д.

Нюрнбергский процесс над врачами-фашистами заставил задуматься мировое сообщество над возможностью создания международных кодексов медицинской этики, которые поставили бы преграду всем попыткам использовать достижения современной медицины в неблагоприятных целях.

С этой целью в 1947 году национальными медицинскими ассоциациями была создана аполитичная по своей сути *Всемирная медицинская ассоциация* (The World Medical Association – WMA). Она призвана представлять интересы миллионов врачей всего мира, отстаивать интересы пациентов, бороться за наилучшую медицинскую помощь каждому независимо от расы, убеждений, политических взглядов и социального положения [2].

В 1948 году на второй сессии WMA в Женеве была принята *Женевская декларация* («Клятва Гиппократата врача XX века»). В ней была подтверждена истинность древнего медико-этического *принципа конфиденциальности* («Я буду уважать секреты, которые доверятся мне, даже после того, как пациент умрет»). В ней также говорится, что врач не вправе допустить, чтобы соображения религии, национальности, партийной, политической принадлежности или социального положения заслоняли от него его долг и его пациента.

В 1949 году WMA принимает *Международный кодекс врачебной этики*, в котором, в частности, определяется как неэтичное:

- любое саморекламирование, если форма рекламы не получила одобрения соответствующего органа профессионального врачебного сообщества;

- участие в медицинском обслуживании, если врач не обладает профессиональной независимостью;

- получение любой суммы денег помимо соответствующего профессионального вознаграждения.

Далее в кодексе говорится, что любое действие или совет, которые могут ослабить физическое или умственное сопротивление человека, можно использовать только в его интересах; что врач должен утверждать или свидетельствовать только то, что он лично проверил;

что при обнаружении новых методов лечения он должен соблюдать величайшую осторожность и т.д.

К сожалению, до самого недавнего времени врачи в России (в том числе и в Республике Беларусь) не были организованы в национальную профессиональную ассоциацию и не имели возможности участвовать в деятельности ВМА.

Идеологические барьеры, которые воздвигались между капиталистическими и социалистическими странами, оказались надежным заслоном от «абстрактного гуманизма» той медицинской этики, которая постоянно была в центре внимания ВМА, в особенности на проводимых ею Всемирных медицинских ассамблеях, где принимались исторического значения международные медико-этические документы: *Хельсинкская декларация* (1964), развивающая идеи Нюрнбергского кодекса 1947 года, *Лиссабонская декларация* (1981) о правах пациента, *Венецианская декларация* (1983) о терминальной стадии болезни и многие другие.

Неучастие врачебного сообщества нашей страны в деятельности ВМА обрекало отечественную медицину на глубочайшее противоречие: занимая видные позиции на многих направлениях развития медико-биологических наук и здравоохранения, мы оставались едва ли не самой заметной провинцией в области медицинской этики.

Драматизм названной ситуации усугубляется тем, что содержание этической проблематики в медицине второй половины XX века во многом определяется ускоряющимся *научно-техническим прогрессом в медицине*. По сути дела, в последние десятилетия в медицине сформировалась в значительной степени *Новая этика*.

Начиная с 60-х годов, наблюдается постоянно растущий интерес как общества в целом, так и отдельных его институтов (правовых, политических и др.) к вопросам социального контроля биомедицинских экспериментов.

Например, бурное обсуждение в эти годы общественностью США серии скандалов вокруг экспериментального введения вируса гепатита детям-олигофренам, вокруг инъекций клеток рака печени пациентам одного из госпиталей для хроников выдвинуло на первый план проблемы пациента как правового субъекта.

Столь же интенсивно вызревали принципы и императивы Новой медицинской этики по мере развития реаниматологии и трансплантологии, в особенности «на стыке» этих медицинских дисциплин. В 1959 году впервые было описано в литературе *состояние «смерти мозга»* (иногда возникающего в ходе реанимации полного необратимого отсутствия всех функций головного мозга при сохранении кровообращения), после чего на протяжении уже 35 лет ведутся дискуссии о новой концепции смерти, согласно которой смерть человеческого индивида отождествляется со смертью его головного мозга.



Особую остроту эта проблема приобрела после *первой пересадки сердца* в 1967 году, ведь подавляющее большинство доноров жизненно важных органов в дальнейшем составили пациенты с погибшим мозгом. Первая пересадка сердца не только открыла эру современной трансплантологии, но и стала началом новых взаимоотношений общества и медицины, когда сообщения об успехах или неудачах хирургов-трансплантологов ставились в средствах массовой информации в один ряд с новостями о вооруженных конфликтах и природных катаклизмах.

Не без влияния средств массовой информации вслед за первыми (сравнительно успешными) пересадками сердца многие хирургические клиники на Западе (и особенно в США) охватила своего рода «спортивная горячка»: в 1968 году производились десятки пересадок сердца, большинство из которых заканчивалось неблагоприятно.

Так трансплантология оказалась своеобразным узлом взаимосвязанных философских, этико-правовых, социальных вопросов, не имеющих однозначных ответов. Дискуссии вокруг новой дефиниции смерти оборачивались обсуждением прав больных, когда они могли стать донорами. Поспешное применение трансплантаций сердца в клинике придало дополнительную остроту проблеме этического контроля за клиническими экспериментами и т.д.

Различие подходов к этим проблемам в различных странах, в зависимости от принятых здесь систем ценностей, с очевидностью вывело сами эти проблемы за пределы только профессиональной медицинской этики. В итоге на рубеже 60-70-х годов возникает новый (*биоэтический*) этап в развитии медицинской этики – этап, на котором общественная роль врача неизмеримо возросла, а морально-этическое регулирование поведения медицинских работников поднялось на новую, более высокую ступень, обретя статус международных соглашений.

Названию этапа дала статья известного американского онколога-исследователя из университета штата Висконсин В. Поттера (Van Rensselaer Potter) «Биоэтика, наука выживания» [Bioethics, the science of survival], помещенная в сборнике «Перспективы биологии и медицины (Perspectives in biology and medicine, 1970; 14; 127–150).

В январе 1971 года В. Поттер опубликовал книгу «Биоэтика, мост в будущее» (Bioethics, Bridge of Future), в которой определил эту науку как «путь к выживанию», связующее звено между настоящим и будущим.

*Биоэтика* – это опыт философского, этического осмысления так называемых проблемных ситуаций, в основном возникших в клинической практике за последние 30 лет.

Речь идет о комплексе проблем, связанных:

- с умиранием человека (состояние «смерти мозга», право на смерть с достоинством, эвтаназия);
- с репродукцией человека (искусственный аборт, стерилизация, искусственное оплодотворение);
- с трансплантацией жизненно важных органов;
- с допустимостью применения современных методов медико-генетического контроля;
- с привлечением человека в качестве объекта при проведении биомедицинских экспериментов.

Важнейшие этические нормы Нюрнбергского кодекса 1947 года (например, обязательность добровольного осознанного согласия) в контексте биоэтики приобрели универсальный смысл, получили философское обоснование.

Биоэтика явилась ответом на вызов, брошенный современным научно-техническим прогрессом клинической медицине. Однако содержание этого ответа, то есть новую систему ценностей, утверждаемую биоэтикой, следует искать не столько в самой медицине и даже не столько в самой науке, сколько в общих тенденциях, присущих современному обществу.

Биоэтика стала манифестацией идеологии защиты прав человека в медицине. Например, проблема искусственного аборта в контексте биоэтики приобрела вид дилеммы – противостояния права плода на жизнь с одной стороны, и права женщины на свободный выбор, на свободное, ответственное материнство – с другой.

Смыкаясь с правозащитной идеологией, биоэтика оказалась в русле бурных и разнообразных современных идейных дискуссий, общественных движений, когда солидные авторитетные позиции при анализе проблемных ситуаций представляют и врачи, и философы, и теологи, и юристы, и другие специалисты.

Медицинская этика (биоэтика) как научная дисциплина впитала в себя наработки, методики социологии, психологии, социальной психологии, профессиологии, религиоведения, юриспруденции, менеджмента, педагогики и множества других медицинских и немедицинских дисциплин, имея при этом свой собственный объект изучения – профессиональное поведение медицинских работников. Таким образом, биоэтика приобрела *междисциплинарный характер*.

Биоэтика не вступает в противоречие с нормами и принципами общечеловеческой этики, медицинской этики и деонтологии своих предшественников. Она обращается к ним, она поднимает на новую высоту *вопрос о правах человека*, в том числе и о праве на адекватную медицинскую помощь, каким бы тяжелым недугом ни страдал любой человек.

Она защищает пациента от зла, которое мог бы причинить ему медицинский работник, вооруженным новыми технологиями, но за-

бывший или не знавший, что со времен Гиппократов первым принципом поведения ученого-исследователя, врача, медсестры, акушерки, должен быть принцип «не навреди». Она также требует соблюдения фундаментальных принципов и норм медицинской этики: принципа справедливости и нормы правдивости.

Кроме этого биоэтика подчеркивает зависимость здоровья человека от внешней среды, от окружающего его мира. Она должна научить врача, медицинскую сестру, фельдшера не только самим жить в гармонии с этим миром, но и помочь человечеству передать этот мир в сохранности грядущим поколениям.

По мнению профессора М.Я. Яровинского *«медицинская этика (биоэтика) возникла из соединения философии и медицины, но превратилась в практическую философию, дающую возможность мудрому врачу подняться до божественных высот при решении вопросов жизни и смерти. Она вобрала в себя самые высокие и самые гуманные религиозные установления»* [15].

Некоторые законы и принципы, выработанные медицинской этикой (биоэтикой), оказались настолько важными для человеческого общества, что явились толчком для принятия различных законов. Но от этого медицинская этика не превратилась в юриспруденцию или медицинское право. Нарушение законов, принципов, правил медицинской этики, изложенных в международных, национальных, профессиональных этических кодексах, декларациях, присягах, клятвах, карается моральным осуждением коллег, презрением пациентов, их родственников, социального окружения.

Нарушение государственных законов по вопросам медицинской этики (неоказание помощи, эвтаназия, медицинская тайна и др.) карается по решению суда в рамках гражданского или уголовного права в зависимости от тяжести последствий этого нарушения...

Биоэтика, как и медицинская этика, осталась наукой о законах, принципах и правилах регулирования профессионального поведения медицинского работника, которая в условиях новых медицинских технологий позволяет не только использовать достижения научно-технического прогресса на благо человека, но и предупреждать практикующего врача, ученого-медика о недопустимости нанесения вреда человеку, его потомству, окружающему нас миру, заставляя испытывать невольное «благоговение перед Жизнью».

### *Литература*

1. Вересаев В.В. Записки врача // Полн. собр. соч. – Т.2. – М., 1928.
2. Врачебные ассоциации, медицинская этика и общемедицинские проблемы // Сборник официальных документов. – М., 1995.

3. Гиппократ. Клятва. Закон о враче. Наставления / Пер. с греч. В.И. Руднева. – Мн.: Современный литератор, 1998. – 832 с.
4. Деонтология в медицине // Под ред. Б.В. Петровского. – Т.1-2. – М., 1988.
5. Иванюшкин А.Я. Профессиональная этика в медицине. – М., 1990. – 220 с.
6. Иллюстрированная история религии. – Т.1,2. – М., 1997.
7. Молль А. Врачебная этика. Обязанности врача во всех отраслях его деятельности / Пер. с нем. – СПб., 1903. – 414 с.
8. Мудров М.Я. Избранные произведения. – М., 1949.
9. Петров Н.Н. Вопросы хирургической деонтологии. – 2-е изд. – Л., 1956. – 63 с.
10. Сократ. Платон. Аристотель. Сенека. – М., 1995.
11. Семашко Н.А. Избранные произведения. – М., 1967.
12. Словарь иностранных слов. – 16-е изд., испр. – М.: Рус. яз., 1988. – 624 с.
13. Фрезер Д.Д. Золотая ветвь. Исследование магии и религии. – М., 1986.
14. Фрейберг Н.Г. Врачебно-санитарное законодательство в России. – СПб., 1913.
15. Яровинский М.Я. Лекции по курсу «медицинская этика» (био-этика): Учебное пособие. – М.: Медицина, 1999. – 208 с.
16. Etzioni M.B. The Physician's Creed. – Springfield–Blinois, 1973.
17. Roemer M.Z. Medical ethics and Formation Responsibility to the Society// The Yale journal of biology and medicine. 1980. – №53. – P.251-266.
18. Sygerist G. // Jale. J. Bid. Med. – №6. – 1934.



## ЛЕКЦИЯ 2. ОСНОВЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ЭТИКИ В МЕДИЦИНЕ: ПРИНЦИПЫ, НОРМЫ, МЕХАНИЗМЫ

Современные тенденции гуманизации и гуманитаризации медицины предъявляют высокие требования к профессиональной деятельности медицинского работника. В настоящее время наличие глубоких специальных знаний еще не является гарантом успешной деятельности. От медиков требуется глубокое освоение и осмысление этических аспектов своей работы, так как ни декларативные заявления, ни правовые формулы, ни инструктивные указания не являются адекватными природе этики. Только глубокое ее понимание может способствовать превращению формальной обязанности профессионала в модус его морального поведения.

Социальный характер медицины, ее адресованность к личности пациента, социальные последствия медицинского диагноза, степень влияния любых действий медика на судьбу пациента являются доказательствами того, что медицина должна находиться в зоне этического контроля.

### 1. Уровни системы этических воззрений

Систему этических воззрений или суждений по степени их обобщенности можно представить в виде четырех уровней: верхний уровень – этические *теории*, далее – этические *принципы*, под ними – этические *нормы* и, наконец – уровень конкретных этических решений или *стандартов* поведения [1,2].

#### 1.1. Уровень этической теории

В теоретическом отношении медицинская этика представляет собой один из разделов прикладной (нормативной) этики, задача которой заключается не в объяснении происхождения моральных норм, а в выявлении того, какие из них этически оправданы.

*Этическая теория* – это теория этических обязательств, призванная снабдить специалиста системой отсчета, обратившись к которой он сможет достаточно легко и однозначно определить, какие поступки ему следует или не следует совершать, особенно в тех ситуациях, когда принятие этически правильного решения представляется затруднительным.

В области медицинской этики доминируют *две теории морали*: деонтологическая и утилитаристская.

*Деонтологическая теория морали.* Деонтологическая теория морали считает основой нравственной жизни *долг*, выполнение которого связывается с внутренним повелением.

Так, *христианская этика* видит идеальную жизнь человека в повиновении Божественной воле или некоторым позитивным законам, выражающим эту волю. Запрет на аморальное действие содержится в знаменитых десяти заповедях. Нормы этики, представленные в заповедях, – обязательный и подлежащий преодолению минимум – закон, выше которого благодать. Недостаточен, например, отказ от убийства – нужно «сердце», не принимающее в себя гнева и наполненное любовью.

В *деонтологической школе* И. Канта долг определяет понятие добра: добро есть то, что соответствует должному. Нравственность, по Канту, находится вне всякой целесообразности, не служит удовлетворению потребностей человека. Всеобъемлющим законом нравственности является категорический императив: «Поступай так, чтобы ты всегда относился к человечеству и в своем лице, и в лице всякого другого так же, как к цели, и никогда не относишься к нему только как к средству». По Канту, всякая личность есть самоцель и не должна рассматриваться как средство осуществления каких-либо задач, хотя бы это были задачи всеобщего блага. Следуя долгу, человек отказывается от своекорыстного интереса и остается верен самому себе.

В школе *деонтологического интуитивизма* (Г. Причард, Д. Росс и др.) акцент ставится на интуитивно постигаемых человеком «самоочевидных» нравственных обязанностях: не совершать зла, делать добро, распределять добро и зло соответственно достоинству людей, говорить правду, выполнять обещания, благодарить за услуги, возмещать причиненный тобой ущерб, самосовершенствоваться и т. п.

В концепции *общественного договора* (Дж. Ролс) основным критерием нравственности выступает честность, понимаемая как моральное обязательство индивида действовать, исходя из общественно принятых норм поведения.

С позиций *деонтологической этики*, т.е. этики правил, которые ценны сами по себе, независимо от последствий, *принятие специального решения в проблемной ситуации* выглядит примерно следующим образом:

1) восприятие проблемы → 2) составление перечня альтернативных действий → 3) сравнение перечня альтернатив с перечнем этических, правил → 4) выбор той альтернативы, которая соответствует правилу.

*Утилитаристская теория морали.* Согласно утилитаристской этике критерием оценки поступков человека является *полезность*. Утилитаристы полагают, что мораль служит удовлетворению интересов людей и выполняет определенные полезные функции в обществе. Нравственные требования имеют целесообразный характер (*телеологическая этика*).

В рамках утилитаризма моральное значение поступков устанавливается в зависимости от последствий, к которым они приводят (*консеквенциальная этика*). Источник нравственности – в естественном стремлении человека испытывать наслаждения и избегать страданий.

И. Бентам, основоположник утилитаризма, считал единственной целью моральной деятельности достижение наибольшего количества счастья для наибольшего числа людей. К этому можно прийти путем правильного расчета, посредством «моральной арифметики», с учетом «шкалы удовольствий и страданий».

Дж.Ст. Милль, систематизатор утилитаризма (первый ввел в философию понятие «утилитарный» в качестве обозначения соответствующего вида этики), связывал счастье не с количеством, а с качеством удовольствий. Только «высшие» (интеллектуальные) удовольствия соответствуют нравственной природе человека, чувству собственного достоинства.

Весьма интересны попытки согласовать принцип пользы с традиционными европейскими ценностями: совестью, долгом, уважением юридических законов и общественного мнения, практикой благотворительности. Истинно человеческая сущность, по мнению Милля, проявляется в заботе о других людях. Более того, именно поступки, направленные на благо других, приносят высшее удовольствие. Человек способен проявлять как эгоистические, так и альтруистические качества, однако последние не возникают сами по себе, а формируются практикой взаимодействия и сотрудничества с другими людьми.

Если одному правилу соответствует несколько альтернатив (и, следовательно, несколько правильных действий), то выбирать из них можно, исходя из предпочтений, договоренностей и т.д. Если же вариант действия (альтернатива) соответствует одному правилу, но противоречит другому, то приходится обращаться к правилам более высокого уровня (принципам).

Схема *принятие специалистом решения в проблемной ситуации* в утилитаристской этике, т.е. этике целесообразности, пользы, последствий, выглядит следующим образом:

1) восприятие проблемы → 2) составление перечня альтернатив → 3) составление перечня возможных (положительных и отрицательных) последствий для каждой альтернативы → 4) выбор альтернативы с наибольшим количеством блага.

### *1.2. Уровень этических принципов*

К числу базисных принципов медицинской этики относятся следующие принципы: автономии, непричинения вреда, благодеяния и справедливости.

1. Принцип автономии. Автономия (самоопределение) понимается как форма личной свободы, при которой индивид совершает поступки в соответствии со свободно выбранным им решением.

Принцип автономии подразумевает также осознание и уважение достоинства и автономии других людей.

В рамках этого принципа выделяются следующие понятия: 1) автономная личность; 2) автономный выбор; 3) автономное действие.

*Автономная личность* действует перманентно на основании свободно и самостоятельно выбранного плана, опирающегося на необходимую информацию. В отличие от этого, лицо с ограниченной автономией либо находится под жестким контролем других, либо не способно обдумывать свои планы или действовать в соответствии с ними, как, например, заключенные или тяжело психически больные.

*Автономный выбор* личность делает самостоятельно, независимо от других (людей, обстоятельств) и без принуждения. Автономные личности нередко совершают неавтономный выбор в силу временных ограничений, накладываемых болезнью, или в результате принуждения. С другой стороны, лица, не являющиеся по сути автономными, могут иногда совершать автономный выбор. Так, госпитализированные психически больные, не способные в целом заботиться о себе и юридически признанные недееспособными, могут делать автономные выборы в предпочтении пищи или в поддержании отношений с окружающими.

*Автономное действие* характеризуется намеренностью, пониманием индивидом характера действия и отсутствием определяющего его внешнего принудительного влияния.

Очевидно, что каждое из перечисленных условий может иметь свои градации по степени выраженности, поэтому действие считается автономным, если оно удовлетворяет этим условиям хотя бы в достаточной мере, исходя из общего контекста ситуации.

Принцип автономии (уважения автономии личности) предполагает:

- анализ личности, ее выборов и действий;
- провозглашает право автономного индивида не подпадать под контрольные ограничения со стороны других лиц;
- содержит обязанность не ограничивать автономных действий.

Из данного принципа также следует такое отношение к индивиду, которое способствует проявлению и развитию его автономии. Кстати, этической сущностью реабилитационных мероприятий в медицинской практике является поиск и поощрение, развитие сохранившихся «островков» автономии пациента, расширение сферы его автономных выборов и действий, восстановление автономии личности в целом.

Выделяются *семь основных аспектов автономии*:

- 1) уважение личности пациента;



- 2) оказание пациенту психологической поддержки в затруднительных ситуациях;
- 3) предоставление ему необходимой информации (о состоянии здоровья и предлагаемых медицинских мерах);
- 4) возможность выбора из альтернативных вариантов;
- 5) самостоятельность пациента в принятии решений;
- 6) возможность осуществления контроля за ходом исследования или лечения (со стороны пациента);
- 7) вовлеченность пациента в процесс оказания ему медицинской помощи («терапевтическое сотрудничество»).

На практике принцип автономии предстает как ряд конкретных требований или *профессионально-этических стандартов*: информированного согласия, права пациента на отказ от лечения, на полную информацию о заболевании и лечении, на содействие в осуществлении автономного решения и т.п.

Автономия не должна пониматься как беспредельное своеволие. Свобода действий индивида допустима в той мере, в какой эти действия не нарушают автономии других, не наносят ущерба окружающим, не создают угрозы их правам и свободам. В противном случае вполне оправданы ограничительные санкции и установление контроля за поведением индивида.

Принцип уважения автономии имеет статус обязывающего при отсутствии доказательств в пользу противного. И хотя он обладает значительным весом по сравнению с другими принципами, все же решающее слово остается не за ним, а за конкретной ситуацией, где приоритет может быть отдан одному из «конкурирующих» принципов, в частности принципу «не навреди!».

2. Принцип непричинения вреда. Принцип непричинения вреда относится к числу традиционных в медицинской этике и зачастую совмещается с принципом благодеяния, как это видно из текста «Клятвы Гиппократата». Однако запрет творить зло и побуждение к созиданию добра несут разную смысловую нагрузку и нуждаются в отдельном рассмотрении.

Принцип непричинения вреда предписывает обязанность не наносить ущерба пациенту не только прямо, намеренно, но и косвенно. Для реализации этого принципа и уменьшения риска вреда или побочных эффектов предлагаются *четыре требования*:

- 1) то, что мы намереваемся делать, не должно быть безнравственным и не должно быть злом;
- 2) предполагаемый риск не должен быть средством для достижения благой цели; планируемое действие может иметь побочные эффекты, но это не значит, что благая цель оправдывает любые средства; нельзя совершать что-либо безнравственное только потому, что за этим может последовать нечто положительное;

3) побочный эффект не может быть специальной целью, а только тем, с чем приходится мириться;

4) для совершения действия, за которым могут наступить негативные последствия, нужны веские основания; это означает необходимость взвешивания возможного блага и риска, причем благо должно перевешивать риск или потерю (правило «пропорциональности» или «двойного эффекта»).

Лечение является моральным, если благо для пациента перевешивает негативный эффект, не являющийся средством для доброй цели. Вместе с тем на практике вопрос взаимоотношения цели и средств не так прозрачно ясен, как это декларируется правилом «двойного эффекта», а игра целей и средств, превращающая добро во зло, нередко ставит врача перед неразрешимыми проблемами.

3. Принцип благодеяния. Мораль требует, чтобы врач не только относился к пациенту как к автономному лицу, избегал причинять ему вред, но и оказывал ему помощь, способствовал благополучию пациента. Такие действия, направленные на благо пациента, подпадают под принцип благодеяния.

Принцип благодеяния провозглашает обязанность помогать пациентам в осуществлении их важнейших и законных интересов. Благодеяние – это профессиональная обязанность врачей, закрепленная во всех кодексах медицинской этики.

Особый интерес вызывает вопрос о соотношении принципа благодеяния с принципами автономии и непричинения вреда. По сути, это одна проблема: где проходит граница, за которой принцип благодеяния утрачивает свою силу? Биомедицинская этика настаивает на необходимости взвешивания нравственных ценностей индивида. Что в конкретной ситуации для него более значимо – жизнь, здоровье или самоопределение? Считается, что долг благодеяния необходимо осуществлять при наличии следующих *четырёх условий*:

1) лицо, которому мы должны помочь, находится в опасности или под угрозой серьезного ущерба;

2) врач располагает реальными средствами для предотвращения этой опасности или ущерба;

3) действия врача, вероятнее всего, предотвратят опасность или ущерб;

4) благо, которое лицо получит в результате действий врача, перевешивает ущерб, а сами действия представляют минимальный риск.

Принцип благодеяния как бы состоит из двух более конкретных: *принципа позитивного благодеяния* т.е. обеспечения блага (включая и устранение вреда), и *принципа полезности* (или пропорциональности), который требует взвешивания преимуществ и ущерба. При этом принцип полезности может быть легко сориентирован на то, чтобы отдать приоритет интересам общества в ущерб интересам индивида.

Так, этим принципом можно оправдать проведение опасных экспериментов, если предполагается их выдающееся значение для общества. Однако завышенная оценка интересов общества, как правило, квалифицируется современным моральным сознанием как несправедливость.

4. Принцип справедливости. Принцип справедливости призывает, прежде всего, к распределению ресурсов здравоохранения (и, следовательно, доступа к ним членов общества) в соответствии со справедливым стандартом. Этот стандарт может иметь сравнительный характер, и тогда блага, приобретаемые пациентом, определяются путем сравнения его потребностей с потребностями других членов общества.

К примеру, одному больному дорогостоящая помощь или процедура требуется в большей степени, чем другому, так как первый находится в состоянии более тяжелом, чем второй. Но ресурсы помощи могут распределяться и по стандарту безусловной справедливости, независимо от потребностей «конкурирующих» лиц. Примером может служить распределение больничных коек соответственно численности населения. Дальнейшая проработка принципа справедливости идет по пути поиска соответствия социальной ценности индивида, его реального или потенциального вклада в благополучие общества и выделяемых ресурсов здравоохранения.

Вопрос о справедливости распределения ресурсов особенно актуален в условиях их нарастающего дефицита. Это имеет прямое отношение к ресурсам медицинской помощи в наших условиях. Отсюда возникающие дилеммы – чему отдавать предпочтение: профилактике или лечению, экстренной помощи или программам долговременной поддержки больных, лечению молодых или стариков, затратам на восстановление трудоспособности или на обеспечение малоперспективных инвалидов?

В любом случае государство должно обеспечить каждого гражданина, независимо от его положения и возможностей, гарантированными видами и качеством медицинской помощи на том уровне, который является необходимым и достаточным для восстановления здоровья и соответствует современной медицинской практике.

### *1.3. Уровень этических норм*

Этические принципы, применяемые в медицине, являются основой для более конкретных этических норм: правдивости, приватности, конфиденциальности, лояльности, компетентности.

1. Норма правдивости. Норма правдивости предполагает обязанности и медика, и пациента говорить правду. Эта норма в медицинской этике является относительно новым требованием, появившимся как конкретизация принципа автономии пациента. В защиту этой нормы можно привести несколько аргументов.

1. Обязанность говорить правду есть проявление нашего уважения к другим. В медицине оно находит выражение в уважении к автономии, являющемся основанием стандарта информированного согласия. Согласие не может быть автономным, если оно не опирается на правдивую информацию.

2. Будучи вовлечен в терапевтические и исследовательские отношения, пациент становится участником своего рода социального договора, дающего особое право на правдивые сведения о диагнозе, прогнозе, процедурах и т.п. Точно так же и врач имеет право на получение правдивой информации от пациента.

3. Правдивые отношения необходимы для успешного терапевтического взаимодействия и сотрудничества.

Абсолютность этой обязанности оспаривается ссылками на практикуемый в медицине «обман во благо», когда врач, не раскрывая истинного положения больного, оказывает ему большее благодеяние. Нарушение нормы правдивости может быть оправдано, когда она вступает в противоречие с другими обязанностями, имеющими приоритет в конкретной ситуации. Кроме того, сам пациент может наложить ограничения на сообщение ему медицинской информации по мотивам абсолютного доверия врачу или нежелания узнать плохие вести. В таких случаях «право больного знать» сочетается с его «правом не знать».

2. Норма приватности. Норма приватности подразумевает обязанность не вторгаться в сферу личной (частной) жизни пациента. Речь идет:

– во-первых, о недопустимости бесцеремонного вторжения в эту сферу без согласия пациента, что не исключает возможности (а для некоторых врачей, например психиатра, и необходимости) деликатного проникновения в мир сугубо интимных отношений;

– во-вторых, о сохранении за пациентом права на личную жизнь даже в условиях, стесняющих его свободу. Нарушение приватности, не продиктованное строгой медицинской необходимостью, квалифицируется как неоправданный патернализм.

3. Норма конфиденциальности. Конфиденциальность – это доверительность отношений, основанная на неразглашении информации. Это означает, что информация, предоставляемая пациентом медицинскому работнику или полученная медицинским работником в результате обследования, не может быть передана другим лицам без разрешения пациента.

Норма конфиденциальности:

1) оправдана как с точки зрения принципа автономии, который она выражает, так и с точки зрения производимых ею последствий;

2) она дает возможность удовлетворить потребность пациента в защите информации от третьих лиц;



- 3) повышает уровень доверия врачу;
- 4) способствует более полному предоставлению необходимых сведений, реализации требования взаимной честности и достижения целей диагностики и лечения.

Хотя конфиденциальность зафиксирована во всех кодексах медицинской этики, она, к сожалению, нарушается практически повсеместно. К тому же некоторые законы устанавливают пределы конфиденциальности и требуют от врачей сообщения информации о пациентах, независимо от согласия последних (например, органам следствия, суду и т. п.).

4. Норма лояльности. Лояльность – верность долгу, добросовестность в исполнении явных или подразумеваемых обещаний способствовать благополучию пациента.

Основой для нормы лояльности являются принципы уважения автономии и позитивного благодеяния. Лояльность врача проистекает из ролевых отношений, которые устанавливаются между врачом и пациентом. Конфликтные ситуации возникают тогда, когда в этих отношениях появляются интересы третьих лиц: родителей (при лечении детей и подростков), социальных институтов (например, правоохранительных органов), студентов (в процессе обучения в клинике). В этих случаях этическое решение зависит от значимости тех или иных отношений.

5. Норма компетентности. Норма компетентности включает в себе адресованное врачу требование овладеть специальными знаниями и искусством врачевания.

Без этого условия медицинская деятельность недопустима и вредна, какими бы благими намерениями она ни оправдывалась. Кроме того, эта норма призывает врача не выходить за границы своей специальности, оставаясь на твердой почве научных знаний и опыта, которыми располагает соответствующая медицинская дисциплина.

Анализ *этических принципов и норм* показывает, что они составляют определенную систему, элементы которой иерархически организованы, сбалансированы и логически не противоречивы. Поэтому и использоваться они должны именно как система с учетом их взаимодействия, а не в качестве изолированных фрагментов, выбираемых специалистом в зависимости от его вкуса. Охватывая максимально широкое поле медицинской практики, они, вместе с тем, носят достаточно общий характер и задают лишь направления моральной ориентировки врача.

Этические принципы и нормы не являются ни абсолютными, ни тем, чем можно пренебречь; их регулирующее значение находится в промежуточной зоне. Они могут обязывать при отсутствии доказательств в пользу противного; предписывать хотя и не силой абсолюта, но вместе с тем гораздо действеннее, чем просто благие пожелания.

Вот почему традиционно этические принципы и нормы составляют основу кодексов медицинской этики.

#### *1.4. Уровень конкретных этических решений или стандартов поведения*

Этому уровню соответствует огромное индивидуальное разнообразие. Однако и оно поддается структурированию с выделением типовых вариантов ситуаций и оптимальных алгоритмов действий врача.

На этом уровне формируются *профессионально-этические стандарты* оказания медицинской помощи. Профессионально-этические стандарты призваны служить проводниками этических принципов и норм и помогать в решении практически важных проблем:

- необходимо ли в данный момент медицинское вмешательство;
- в каких условиях (амбулаторно или стационарно) должна оказываться помощь;
- имеются ли основания для применения недобровольных мер;
- в какой форме и в каком объеме сообщать пациенту информацию о его здоровье и лечении;
- как оценить способность пациента к принятию самостоятельных решений о лечении;
- как получить добровольное согласие на медицинскую помощь;
- какова врачебная тактика в случаях отказа больного от лечения и т.п.

По мере движения этических рассуждений от уровня этических теорий через принципы и нормы к конкретным этическим решениям возрастает их *специфичность*, т.е. доля участия понятийного аппарата соответствующей медицинской дисциплины. Так, медицинские знания и опыт максимально задействованы в профессионально-этических стандартах.

#### *Литература*

1. Beauchamp T.L., Childress J.F. Principles of Biomedical Ethics. 3-d ed. – N.Y., Oxford: Oxford univ. press, 1989.
2. Francoer R.T. Biomedical Ethics: A guide to decision making. – N.Y., etc.: Wiley, 1983.

### ЛЕКЦИЯ 3. МЕДИЦИНА, ОБЩЕСТВО, НРАВСТВЕННОСТЬ

#### 1. Врач и современные проблемы человечества

На современном этапе развития общества доминирующим фактором, определяющим богатство и могущество любой страны является состояние здоровья населения – общественного здоровья. Наука, изучающая состояние здоровья общества, называется у нас *социальной гигиеной* и общественным здравоохранением (превентивной медициной, медицинской социологией, социальной медициной) на Западе [4].

По мнению современных социал-гигиенистов (Ю.П. Лисицын и др.), состояние здоровья каждого человека в отдельности и общественное здоровье в целом на 50% зависят от образа жизни, на 20 % – от наследственных факторов, на 20-25 % – от экологии и только на 10-12% – от деятельности органов и специалистов здравоохранения [4].

Сейчас не потеряли своего значения рекомендации великого русского врача М.Я. Мудрова, идущие от Гиппократов и подтвержденные всем тысячелетним опытом медицины: *«Взять на свои руки людей здоровых, предохранять их от болезней наследственных или угрожающих, предписывать им надлежащий образ жизни, есть честно и для врача покойно. Ибо легче предохранять от болезней, нежели их лечить. И в сем состоит первая его обязанность»* [6].

По мнению профессора М.Я. Яровинского, понимание взаимосвязи между состоянием окружающей среды и здоровьем населения также не является достижением науки XX века. Корни *экологии* (от греч. oikos — дом, жилище, местопребывание) можно увидеть в труде Гиппократов «О воздухах, водах и местностях» [по 10].

К числу достижений XX века можно смело отнести качественно новый подход к отношениям в системе «человек – общество». Швейцарский врач и философ А. Швейцер предложил рассматривать отношение человека к природе не на основе принципа полезности ее (природы) для человека, а *принципа взаимосвязи, взаимозависимости природы и общества* [9].

Он настаивал на осознании человеком и человечеством того, что сам человек и общество – часть природы; что человек принадлежит природе так же, как природа принадлежит ему. В связи с этим следует воспитывать глубокое понимание того, что в природе все важно и ценно; что люди онтологически и генетически связаны с природой. Необходимо взглянуть на природу не как на враждебную силу, не как на неисчерпаемую кладовую сырья, а как на друга и союзника, как на вечный, но не бесконечный источник нашей жизни. А. Швейцер одним из первых указал человечеству на *необходимость включения отношения человека к природе в сферу моральных отношений*.

Бурное наступление научно-технической революции, начиная с 50-х годов XX века, нарушило равновесие между природой, породившей человека, и природой, созданной его деятельностью. Перефразируя известные слова Мичурина «Мы не можем ждать милостей от природы, взять их – наша задача», можно сказать: *«Мы не можем ждать милостей от природы после того, что мы с нею сделали»*.

В системе общечеловеческих знаний выделилась экология человека – особая отрасль знания, рассматривающая проблемы взаимоотношений природы и общества. Актуализация этих проблем обусловлена нависающей глобальной экологической катастрофой, угрожающей жизни всего человечества.

Вполне закономерным можно рассматривать принятие в Сан-Пауло (Бразилия) в ноябре 1964 года Всемирной медицинской ассамблеей (ВМА) декларации *«О загрязнении окружающей Среды»*. Декларация указывает на важность поддержания экологического равновесия между человеком и природой и выражала уверенность, что все государства примут меры, направленные на улучшение качества окружающей среды [1].

ВМА отмечает, что *«...врачи могут сыграть значимую роль в предупреждении заболеваний, связанных с загрязнением окружающей среды...»*. ВМА считает, что важнейшей этической обязанностью врачей всего мира является экологическое просвещение населения, а также разработка и воплощение национальных программ защиты окружающей среды.

Учитывая тот факт, что окружающая среда в значительной степени определяет и образ жизни человека и его наследственность, ВМА выработала не менее важный этический документ: *«Декларацию о роли врачей в решении проблем окружающей среды и демографии»*, который был принят на 40-й Всемирной медицинской ассамблее (Вена, сентябрь 1988 г.). Целью декларации было привлечение внимания общества к необходимости сохранения равновесия между природными ресурсами, с одной стороны, и биологическими и социальными потребностями – с другой. При этом медицинские общества должны поощрять *планирование семьи*, имеющее медицинский смысл и моральные основания. Целью осуществления этих мер должно явиться не покушение на личную автономию индивида, а *улучшение качества жизни* всех членов общества и сохранение всех форм жизни на планете [1].

В XX веке во многих странах очень остро встал вопрос о необходимости проведения продуманной *демографической политики*, планирования семьи. Ряд государств предпринимает сейчас отчаянные меры для ограничения рождаемости (Китай, Индия, Пакистан и др.), прежде всего, из-за недостатка продовольствия. Здесь уместно напомнить, что еще 200 лет назад английский экономист Т. Мальтус пришел



к выводу, что безработица и бедственное положение людей является результатом «абсолютного избытка людей», так как рост продуктов питания происходит в арифметической прогрессии, а рост населения – в геометрической

Некоторые государства, в том числе и Республика Беларусь, наоборот, испытывают большие затруднения с восполнением трудовых ресурсов из-за низкой рождаемости и прогрессирующего старения населения. Доля лиц пенсионного возраста у нас в стране достигает 25%. Начиная с 1993 года в республике началось сокращение численности населения, обусловленное превышением числа умерших над родившимися и сокращением миграционного прироста. По данным на 2000 год средняя продолжительность жизни мужчин и женщин составила соответственно 63,4 года и 74,7 года. Это на 10-15 лет меньше, чем в США, Германии, Франции.

Одним из факторов, влияющих на здоровье человека, является *наследственность*. Запреты на близкородственные браки как средство профилактики наследственных заболеваний отражены во всех монотеистических религиях.

В своем труде «О семени и природе ребенка» Гиппократ указывает на то, что здоровье будущего ребенка находится в полной зависимости от состояния здоровья его родителей, особенно со стороны матери: *«И в каком состоянии находится мать в отношении здоровья или болезни, в таком же и ребенок»* [3].

Итальянский философ эпохи Возрождения Т. Кампанелла в своем основном труде «Город Солнца» предусмотрел в государственном устройстве Солнечного города должность Управителя Любви. Он должен был следить за подбором пар для сокоупления в зависимости от состояния их здоровья, расположения звезд, талантов предков и т.д.

Основоположник *евгеники* (науки о наследственном здоровье человека и путях его улучшения) Ф. Гальтон в 1869 году утверждал, что можно улучшить человеческую породу, подбирая родителей с соответствующими качествами (здоровье, умственные способности, одаренность). Гуманистические идеи евгеники были искажены идеологами фашизма для создания расовой теории.

Современные достижения медицинской *генетики* позволяют предупредить многие наследственные заболевания. Это стало возможным благодаря созданию *медико-генетических консультаций*. Современные специалисты считают важнейшей этической обязанностью врачей организацию генетического контроля за рождаемостью [12].

Кроме экологических и демографических факторов на здоровье человека в системе «человек – общество» влияет *психоэмоциональный стресс*. В это понятие канадский ученый Г. Селье включал совокупность реакций организма на неблагоприятные воздействия внешней

среды с целью мобилизации защитных сил и приспособления к трудным ситуациям [7].

В основе психозмоционального стресса лежит резкое повышение темпа жизни, информационные перегрузки, урбанизация, гиподинамия и т.д. Он возникает не только в результате конфликтных ситуаций в семье, на работе, но и в ответ на непродуманные экономические реформы, социальную несправедливость, необеспеченность, низкую культуру взаимоотношений. Это способствует возникновению многочисленных социопсихосоматических заболеваний.

Некоторые люди пытаются решить проблему психозмоционального стресса с помощью алкоголя и наркотиков. Это способствует не столько решению, сколько возникновению новых проблем. Порожденные стрессом болезни укорачивают человеческую жизнь и становятся угрозой выживанию человечества.

Не случайно в Москве в июле 1995 года проводилась международная конференция *«Психозмоциональный стресс – угроза жизни и здоровью»*. На ней отмечалось, что разрушительным для человека и общества являются быстрые изменения в системе общественных ценностей. В такой ситуации оказались народы бывшего Советского Союза. Советская пропаганда социальной справедливости, взаимопомощи, коллективизма, защиты государства сменилась внедрением в жизнь индивидуализма, не ограничиваемого обществом богатства, эгоизма. Ситуация, когда одни несправедливым путем обогащаются, а другие, как бы ни старались, бедствуют, влияет на психическое здоровье, ведет к апатии, росту заболеваемости и смертности, увеличению числа самоубийств.

По мнению японских специалистов, выходом из этой ситуации может быть создание государственной программы социальной поддержки человека. Общность целей, ощущение, что ты – предмет заботы и уважения помогают преодолевать стрессы и укрепляют здоровье.

XX век вошел в историю человечества не только как век двух мировых войн, но и как век создания *оружия массового уничтожения*.

Весьма символичным является тот факт, что 6 августа 1945 года, когда американцы сбросили атомную бомбу на Хиросиму, всемирно известный врач А. Швейцер принимал очередные роды в своей больнице в африканском поселке Ламбарене. Роды были трудные, но опытному врачу удалось спасти жизнь матери и ребенка. Узнав о страшном злодеянии, А. Швейцер сказал: *«Когда одной-единственной бомбой убивают сто тысяч – моя обязанность доказать миру, насколько ценна одна-единственная жизнь»* [8].

А. Швейцер обратился с призывом к человечеству, к своим коллегам-врачам прекратить термоядерные бомбардировки, изобретение и испытание атомных бомб. И его призыв услышали. Движение про-

тив ядерного оружия обрело миллионы сторонников в мире. Нобелевской премией мира была отмечена деятельность врача-гуманиста А. Швейцера, а также начавшееся в 1982 г движение «Врачи мира – против ядерной войны».

Опасность для человечества представляет не только атомное, но и химическое, а также и бактериологическое оружие. В связи с этим в 1990 году Всемирная медицинская ассоциация приняла «Декларацию о химическом и бактериологическом оружии».

Особое место среди факторов, представляющих угрозу здоровью общества, занимают *социальные болезни* (от лат. socialis – общество), вызванные социальными причинами (нищета, скученность, низкий уровень культуры и т.д.). Традиционно среди этих заболеваний называют *туберкулез, сифилис, алкоголизм, наркоманию*.

Законодательной активностью, повышением размеров ассигнований на здравоохранение, совершенствованием системы подготовки медицинских кадров, улучшением условий для их работы и профессионального роста, повышением оплаты труда медиков, то есть изменением социального статуса врача, медсестры государство старается помочь обществу в борьбе с социальными болезнями. При этом любые расходы на гигиеническое благоустройство, на профилактику болезней окупаются многократно и не могут сравниться с теми затратами, которые требуются для лечения болезней, если государство допускает их массовое распространение [12].

Важным подспорьем в решении этой проблемы может являться *общественное здравоохранение*. Удачным прообразом современного общественного здравоохранения была *земская медицина*, когда местные органы самоуправления (земства) брали на себя заботу об охране своего населения, выделяли средства на строительство больниц, на оплату врачей и фельдшеров, приглашенных на службу в земство.

## 2. Коммерциализация медицины

Самым дешевым и надежным способом обеспечения медицинской помощью пациентам является введение *социального страхования от болезней*, потому что при этом они сами откладывают часть своей зарплаты на случай болезни [12]. Удивительным фактом является то, что общественное финансирование здравоохранения встречает сопротивление со стороны медиков. Причиной тому является *современный рост предпринимательства в медицине*.

Специалист по общественному здравоохранению, профессор Калифорнийского университета Милтон И. Роумер отмечает, что «...в последние десятилетия под влиянием духа предпринимательства коррупция в медицине достигла угрожающих масштабов. И трюга-

тельный образ преданного своему делу врача прошлого века, спешащего в коляске, в которую запряжена лошадь, к своему пациенту в любое время дня и ночи, далеко не так часто соответствовал реальной действительности, как думают некоторые» [11].

Уместно напомнить героя рассказа А.П. Чехова «Ионыч», главным удовольствием в жизни которого было пересчитывание денежных купюр, полученных от больных. Немало «ионычей» было в прошлом и в России, и в Германии, и во всех других странах. Немало их есть и сегодня. В настоящее время высокие идеалы служения обществу, которыми прежде руководствовались медики, явно «разъедаются» коммерческими интересами. Широко распространена порочная практика вынуждать пациентов с несложными заболеваниями неоправданно часто посещать медицинские учреждения, проводить не всегда нужные обследования, делать операции, без которых можно было бы и обойтись.

ВОЗ считает, что сохранение принципа выплаты гонорара за каждую медицинскую услугу при принятии программ социального страхования (а это делается в угоду медикам), ставит перед властями сложную законодательную проблему. Например, в Швеции чрезмерное увлечение врачей частной практикой в неслужебное время создало такие серьезные недостатки в медицинском обслуживании, что в 1972 году правительство было вынуждено запретить им такую практику; вскоре примеру Швеции последовала Норвегия.

В рамках Национальной службы здравоохранения Великобритании консультантам в больницах, получающим заработную плату, ограниченная частная практика разрешена уже много лет, несмотря на недостатки в медицинском обслуживании, к которым это приводит.

Говоря о советском здравоохранении необходимо отметить, что за счет его правильной организации удалось значительно снизить смертность, особенно от инфекционных заболеваний, увеличить продолжительность жизни, создать тысячи лечебно-профилактических учреждений, сеть медицинских учебных заведений, ежегодно выпускающих тысячи молодых специалистов.

Не случайно по инициативе ВОЗ в 1978 году была проведена Алма-Атинская конференция. На ней была принята программа «Здоровье для всех к 2000 году», где в качестве примера для развивающихся стран была признана система организации первичной медицинской помощи в СССР.

В обобщенной форме современное положение в медицине России (в том числе и Республике Беларусь) можно охарактеризовать формулой президента РАМН академика В.И. Покровского: «Доступная медицина стала плохой, а хорошая – недоступной» (Литературная Газета, 1997, 10 декабря, с. 6).



*Конституция Республики Беларусь*, статья 45 гласит: «Гражданам Республики Беларусь гарантируется право на охрану здоровья, включая бесплатное лечение в государственных учреждениях здравоохранения. Право граждан Республики Беларусь на охрану здоровья обеспечивается также развитием физической культуры и спорта, мерами по оздоровлению окружающей среды, возможностью пользования оздоровительными учреждениями, совершенствованием охраны труда».

Присутствующий в настоящее время «остаточный принцип расходов на здравоохранение» делает провозглашенное Конституцией право на бесплатную и доступную медицинскую помощь пока еще благим пожеланием. Одним из решений проблемы финансирования здравоохранения может служить финансирование медицинских учреждений в расчете на одного жителя республики. Подобный эксперимент хозяйствования реализуется в рамках Витебской области.

При совершенствовании системы здравоохранения всем государствам (в том числе и республике Беларусь) необходимо учитывать ряд документов ВМА, отражающих этически обоснованные принципы оказания медицинской помощи населению. К ним относятся: *«Двенадцать принципов предоставления медицинской помощи в любой национальной системе здравоохранения»* (приняты 17-й Всемирной медицинской ассамблеей, Нью-Йорк, США, октябрь 1963 года; дополнены 35-й Всемирной медицинской ассамблеей, Венеция, Италия, октябрь 1983 года), а также *«Рекомендации по предоставлению медицинской помощи в сельской местности»* (приняты ВМА в ноябре 1983 года).

Для соблюдения «профессиональных норм поведения» в отношениях между врачами и пациентами и между самими врачами во всем мире врачебные ассоциации разрабатывают кодексы *медицинской этики*. Они в известной степени отвечают идее о профессиональной автономии и самоуправлении врачей. основополагающими документами Всемирной Медицинской Ассоциации по данной проблеме являются: *«Декларация о независимости и профессиональной свободе врача»* (1986) и *«Мадридская декларация о профессиональной автономии и самоуправлении врачей»* (1987).

Для воздействия на профессиональное поведение врачей и медицинских сестер в системах здравоохранения стран мира создаются и функционируют *комитеты (комиссии) по медицинской этике (биоэтике)*. Они призваны разбирать спорные этические вопросы, осуществлять этическую экспертизу научных проектов и т.д.

В связи с этим уместно отметить мнение профессора Милтона И. Роумера. Он писал: *«Всего, что было сказано об отношении медиков к своему долгу и их поведении в США и остальных странах мира – поведении, очень часто противоречащем интересам больных, особенно*

из малоимущих слоев населения, – наверняка достаточно для того, чтобы обрисовать общие контуры проблемы, которая заключается не в моральном облике врача как индивидуума, а в социальной медицинской этике. Дело не столько в поведении врача по отношению к отдельному больному или во взаимоотношениях самих врачей, сколько в их социальных установках, профессиональной практике и целях по отношению к населению в целом, т.е. в их чувстве ответственности перед обществом» [11].

Предметом постоянного конфликта между медицинским работником и обществом является вопрос о размере оплаты врачебного труда. Этот вопрос является не только экономическим, но и медико-этическим.

В лексиконе современных медицинских работников слова «милосердие», «сострадание», «благодетение» все чаще и чаще заменяется словами «гонорар», «соглашение», «договор о найме», а слова «больной», «пациент» (в переводе с латинского «страдающий») – все чаще понятием «клиент». Для того, чтобы рыночные отношения полностью не дегуманизировали медицину, общество стало искать противоядие в медицинской этике.

В известной книге немецкого врача А. Молля «Врачебная этика. Обязанности врача во всех проявлениях его деятельности» (1904), переведенной на русский язык В. Вересаевым, одна из самых больших глав называется «Вопросы материальной жизни» [5]. По мнению профессора М.Я. Яровинского, эта глава очень актуальна для наших врачей именно сегодня, так как в ней всесторонне обсуждаются вопросы оплаты врачебного труда в эпоху формирующегося капитализма.

А. Молль считал, что абитуриентам «...следует указывать на то, что медицинское образование дает не хлеб, а голодное существование». В медицинской деятельности «...вознаграждение является не эквивалентом работы, а лишь покрытием необходимых для работы потребностей жизни. Поэтому высота вознаграждения зависит, прежде всего, от уровня этих потребностей, а не от ценности и размеров работы. Принцип – заработать своим трудом необходимое для покрытия связанных с ним потребностей жизни – с точки зрения морали правилен...».

Ни в морали, ни в праве не находит себе обоснования утверждение, что высота гонорара должна отвечать той пользе, которая принесена пациенту. Если бы оплачивалась ценность работы, то логическим следствием было бы, что врач не должен получать платы при плохом исходе... Так поступали по отношению к врачам китайских императоров, которым платили только при выздоровлении пациента.

«Существуют пациенты, которые говорят врачу: «Если вы меня вылечите, я уплачу вам вдвое и втрое, чем в обратном случае». Так как врач, которому веряет себя пациент, должен делать все, что

может, то оплата, находящаяся в зависимости от исхода, является совершенно неприличной...

Говорить неправду неизлечимому больному, который видит в своем излечении единственное условие для «пользования», и затем требовать гонорар непозволительно...

Если требование гонорара не носит характера обмана или ростовщичества, то такое требование надо считать морально правомерным. Но форма требования гонорара может быть предосудительна и независимо от моральной точки зрения – она может не соответствовать званию врача....

У врача существует один способ: действовать независимо от того, богат или беден пациент. В связи с этим, а также в силу традиции большинство врачей считаются с состоянием пациентов. Даже установленная законом такса допускает в известных пределах колебания в размере гонорара, разрешая более высокий гонорар с богатых и меньший – с бедных пациентов... В отдельных случаях врача побуждает оказывать безвозмездную помощь сострадание к пациенту. Но этого нельзя требовать от врача, как нормы...

Очень часто врач заболевает и по отношению к коллеге занимает положение пациента. В таком случае врач уклоняется от гонорара и принятие вознаграждения считает недостойным врача....», – пишет А. Молль.

Немецкий врач хирург Эрвин Лик, автор нашумевшей в начале XX века книги «Врач и его признание» (1928), писал: «Интимные взаимоотношения между врачом и больным должны быть построены таким образом, чтобы врач всегда и при всяких обстоятельствах сохранял отношение, что он является лицом дающим. Факт наличия гонорара не может ничего изменить в этом отношении. Если эти естественные взаимоотношения исчезают, если имеет место какая-либо принужденность, то ничего хорошего не может получиться для обеих сторон. Врач обречен на самоотречение, на отказ от стольких радостей жизни, что ему следовало бы, по крайней мере, высоко держать достоинство своего звания. Он должен быть преисполнен сознания, что его деятельность протекает в такой области, где полная оплата совершенно, невозможна. Мы еще не настолько американизировались, чтобы быть в состоянии выражать в долларах моральные обязательства».

Профессор М.Я. Яровинский считает, что: «Взвешивать все с позиций полученного гонорара может только делец от медицины. Между прочим, хотелось бы отметить, что латинское слово «гонорар» означает «почетный дар», а не выжатую под угрозой смерти оплату врачебных услуг» [10].

В Кодексе врачебной этики, принятом на I съезде врачей Республики Беларусь (Минск, 25-26 июня, 1998 год), отмечается:

*«Врач должен заниматься своим делом, не руководствуясь при этом мотивами получения прибыли...» (статья 10).*

*«Врач вправе претендовать на такие условия работы и жизни, при которых он сможет соответствовать высоким социальным требованиям к нему, как к профессионалу» (статья 13).*

Наличие таких статей является большим прогрессом, так как на протяжении 80 лет до этого постоянно говорилось о долге врача перед обществом и почти никогда – о долге общества перед врачом.

### 3. Реклама в медицине

В условиях рыночных отношений все возрастающая конкуренция среди врачей и частных медицинских учреждений вынуждает их прибегать к рекламе (от лат. *reclamare* – кричать) своих услуг.

Во «Врачебной этике» А. Молль уделил особое внимание вопросу о рекламе.

*«Первое требование, которое этика ставит рекламе, это – чтобы она никого не обманывала. С этой точки зрения, не заключают в себе ничего безнравственного объявления, которые содержат лишь адрес, часы приема, быть может, также специальность врача. Конечно, если бы врач утверждал в объявлении, что иногородних он может пользоваться письменно, или если он выставляет свое искусство выше искусства товарищей по профессии, то это намеренный обман и потому безнравственный образ действий...»*

*Когда врач предлагает свое искусство таким же образом, как купец сеledку, то это роняет честь сословия. Врачи не должны предлагать себя клиенту, наоборот, последний должен их искать...».*

В Кодексе врачебной этики РБ (статья 32) говорится: *«...Свою профессиональную репутацию врач создает только на основе результатов работы и не должен заниматься саморекламой. Вместе с тем она имеет право на распространение информации о своих профессиональных навыках и квалификации».*

Современные рекламные разделы многих печатных изданий «пестрят» предложениями своих услуг со стороны экстрасенсов, колдунов, магов. Огромное количество экстрасенсов (в России их более 300 тысяч) получили лицензии на право лечебной практики. Самое печальное, что на их деятельность, приносящую огромный вред здоровью людей, благодушно взирают и властные структуры, и органы здравоохранения. Нередки случаи, когда и врачи объявляют себя колдунами, надеясь привлечь к себе таким способом многочисленную клиентуру. Многие медицинские издания всерьез обсуждали вопрос, когда же колдуны и экстрасенсы появятся в штатном расписании поликлиник. Как считает профессор М.Я. Яровинский, подобного явления не знало даже темное и невежественное Средневековье [10].



#### 4. Медицина как приоритетная сфера общественной жизни

Особое место в деле охраны здоровья населения, в развитии медицинских наук занимают современные *научно-медицинские общества*. Из международных обществ, посвятивших свою деятельность помощи страждущим, в первую очередь следует назвать *Добровольное общество помощи военнопленным, больным и раненым воинам*, созданное по инициативе швейцарца Анри Дюнан в 1863 году и впоследствии переименованное в *Общество Красного Креста и Красного Полумесяца*. Под его эгидой объединилось большинство стран мира. В XX веке широко развернули свою гуманитарную деятельность *Орден милосердия матери Терезы* и международное общество «*Врачи без границ*», *Всемирная ассоциация неотложной помощи и медицины катастроф* и многие другие.

Их бескорыстная деятельность являлась и является контрастом тому духу меркантилизма, царившему в медицине, благодаря которому врачи превращались в мелких бизнесменов, что было неизбежно при существовавшей системе здравоохранения. Это порождало конкуренцию и связанные с ней проблемы, поскольку врачи, стремясь обеспечить себе клиентуру, иногда прибегали к недозванным приемам.

Превращение медицины и здравоохранения в одну из приоритетных сфер общественной жизни, наблюдаемое в последние десятилетия во всем мире, не могло не сказаться и на внимании общества, государства к проблемам медицинской этики (биоэтики). В связи с этим необходимо отметить, что в ноябре 1996 года на заседании Парламентской ассамблеи Совета Европы была утверждена *Конвенция по биоэтике*.

Конвенция обращает особое внимание на необходимость защиты (наряду с правами, достоинством и здоровьем) также и *целостности* каждого человека, что имеет принципиальное значение именно в сфере биологии и медицины. В связи с бурным прогрессом современной медицины требование защиты целостности человека распространяется и на его *генетические структуры*. Действовать на них можно, во-первых, лишь во благо данного человека и, во-вторых, с его добровольного и осознанного согласия. Примерно то же относится и к современным возможностям воздействия на мозг и психику человека, хотя здесь возникают особые проблемы с получением согласия.

Этот документ провозглашает также *приоритет интересов отдельного человека над интересами науки и общества* (статья 2). Это означает, что перспектива получения даже самых заманчивых научных результатов не дает оснований для проведения исследований или экспериментов на человеке без его согласия. Это отражено и в Конституции РФ (статья 21).

Важное значение имеет и статья 4 Конвенции, требующая от представителей медицинской профессии и социальных работников *соблюдения профессиональных стандартов при любом медицинском вмешательстве*, включая и такие, которые осуществляются в исследовательских целях. Это означает, что всякое медицинское вмешательство должно проводиться, с одной стороны, в соответствии с действующим в данной стране законодательством, а с другой – в соответствии с разработанными и действующими правилами и нормами профессионального поведения.

В Конвенции, также отражен один из механизмов реализации права человека на личную неприкосновенность – проблема *добровольного информированного согласия*. Так, для того чтобы получение такого согласия имело смысл, оно должно быть действительно «информированным». Другими словами, человеку, подвергающемуся любому виду медицинского вмешательства, должна быть в доступной для его понимания форме сообщена информация о *целях* такого вмешательства, его возможных *последствиях* и связанном с ним *риске* для здоровья данного человека (статья 5).

Принятая Советом Европы Конвенция призвана служить руководством для защиты прав и достоинства человека в области биомедицинской науки и практики, как для отдельных государств, так и членов человеческого сообщества в целом.

Говоря о проблеме «Медицина – Общество – Нравственность», уместно привести в качестве примера следующее высказывание Г. Сигериста: *«В нашем представлении начинает вырисовываться новый облик врача. Это – ученый и общественный деятель, умеющий сотрудничать с коллегами и поддерживать тесные контакты с людьми, которым он оказывает помощь; это – друг и руководитель, он будет прилагать все усилия к тому, чтобы предотвратить болезнь, и будет лечить, даже если его усилия окажутся безуспешными; это – врач, служащий обществу, охраняющий людей и указывающий им путь к более здоровой и счастливой жизни».*

### *Литература*

1. Врачебные ассоциации, медицинская этика и общемедицинские проблемы // Сборник официальных документов / Под ред. В.Н. Уранова. – М., 1995.
2. XVII Всероссийский Пироговский съезд врачей. Материалы съезда (1995) – М., 1997.
3. Гиппократ. Клятва. Закон о враче. Наставления / Пер. с греч. В.И. Руднева. – Мн.: Современный литератор, 1998. – 832 с.
4. Лисицын ЮЛ. Руководство по социальной гигиене и организации здравоохранения. – М., 1993. – С. 512.

5. Молль А. Врачебная этика. Обязанности врача во всех отраслях его деятельности / Пер. с нем. – СПб., 1903. – 414 с.
6. Мудров М.Я. Избранные произведения. – М., 1949. – С. 237.
7. Селье Г. Очерки об адаптационном синдроме. – М., 1960.
8. Фрайер П.Г. Альберт Швейцер. Картина жизни. – М., 1984.
9. Швейцер А. Культура и этика. – М., 1973.
10. Яровинский М.Я. Лекции по курсу «медицинская этика» (биоэтика): Учебное пособие. – М.: Медицина, 1999. – 208 с.
11. Roemer M.I. Medical ethics and Formation Responsibility to the Society // The Yale journal of biology and medicine. – 1980. – N53. – P. 251-266.
12. Sygerist G. Jale J. Bid. Med. – 1934. – N6. – P. 351-365.

## ЛЕКЦИЯ 4. «НЕТРАДИЦИОННАЯ МЕДИЦИНА» И ЭТИКА

### 1. Понятие «Нетрадиционная медицина»

В последние годы во всем мире получили большое распространение различные нетрадиционные медицинские системы и методы. Наступление нетрадиционной медицины может быть обусловлено временным кризисом современной традиционной медицины. К сожалению, узкая специализация, как объективный процесс, отдалила врача от пациента, и тот стал искать выход в других (нетрадиционных, альтернативных, парамедицинских) видах «медицинской» помощи.

Видимо не случайно, в 1980 году в США был создан даже музей медицинского шарлатанства [5].

Как считает G. Desspieres, во Франции дипломированных медицинских работников меньше, чем парамедиков. В Великобритании около 10 тысяч целителей «лечат наложением рук», 15 тысяч остеопатов (занимающихся лечением суставов), 300 врачей-гомеопатов (и почти столько же гомеопатов без каких-либо дипломов), несколько сотен, практикующих иглоукалывание (которое в этой стране тоже относится к парамедицине), несколько десятков «травников», целителей, применяющих «терапию запахов» [по 1].

В Нидерландах к таким врачевателям в 1979 году обратилось примерно 700 тысяч больных, то есть 7-8 % взрослого населения, а всего парамедики здесь проводят 5-6 миллионов консультаций в год. По степени популярности различные системы в этой стране распределяются в следующей последовательности: гомеопатия, иглотерапия, манипулятивная медицина, паранормальные методы лечения (включая магнетизм и гипноз).

Такое распространение парамедицины в странах Западной Европы и США, несомненно, имеет и социальные причины. В обществе, где здравоохранение организовано как «купля-продажа» медицинских услуг, следует считать вполне логичным, когда, например, необходимость в распространении «медицинской астрологии» обосновывается с помощью аргумента: «на такие услуги имеется спрос».

Разумеется, и на Западе не все считают такое положение нормальным. Вот, что писал несколько лет назад французский журнал «Пуэн»: *«Американских ученых всерьез беспокоит процветающая в стране мода на астрологов, гороскопы и многочисленные разновидности примитивного мышления. Они считают это позором для страны с таким высоким уровнем развития науки и техники... Рассказывают истории о врачах, которые ставят диагноз, основываясь на дате рождения пациента...»*.



*Феномен альтернативной медицины* заслуживает самого пристального внимания. Причины оживления альтернативной медицины у нас лежат в общекультурных областях. Вот далеко не полный перечень парамедицинских направлений, стихийно распространяющихся у нас в стране в последние годы: всенселяющие мумие, траволечение, сыроедение, металлотерапия, «роковые биоритмы», дыхательная гимнастика по Стрельниковой, «коррекция биополем», вода (талая, «омагниченная», «живая» и «мертвая»).

Вопрос о наличии рационального зерна в том или другом «лечебном методе» — очень специфичен. В то же время, очевидно, что перечисленные выше парамедицинские течения являются социальным феноменом с общими существенными признаками. Объективный и всесторонний анализ альтернативной медицины вновь требует ответить на вопрос о *гомеопатии* — считать ли ее типичнейшей парамедицинской системой или признать одним из рациональных направлений современной научной медицины.

В начале необходимо определить исходные значения терминов, близких по смыслу к понятию альтернативной медицины [по 1].

*«Народная медицина»* — как правило, древняя и связанная с культурными традициями практика врачевания, которая существовала задолго до современной научной медицины. Народная медицина остается важным сектором здравоохранения во многих развивающихся странах.

*«Знахарство»* — доначное врачевание, в основе которого лежит лечебная магия. Сохраняется в результате использования психотерапии, а также элементов народной медицины. Предпосылками доверия знахарям являются невежество (как в медицинском, так и в общекультурном плане) части населения, с одной стороны, и добросовестное заблуждение самого знахаря относительно действенности его «лечения», с другой.

*«Медицинский оккультизм»* — практика врачевания, опирающаяся по сути дела, как и знахарство, на лечебную магию, но исторически эта практика связана не столько с народной медициной, сколько с традицией оккультных (тайных) «наук». Возникновение оккультизма, можно сказать, совпадает с эпохой формирования науки как формы общественного сознания и социального института.

Например, «следы астрологических верований встречаются еще в раскопках акадской цивилизации, существовавшей за 2 тысячи лет до христианской эры» [4]. Необычайное распространение получил оккультизм в эпоху Возрождения: «Бытовая практика *алхимии, астрологии* и всякой *магии* охватывала все возрожденческое общество снизу доверху и была отнюдь не результатом невежества, но результатом... индивидуалистической жажды овладеть таинственными силами природы» [2].

Так как оккультное мышление является эпифеноменом преднаучного познания природы, медицинский оккультизм можно считать знахарством, распространяющимся преимущественно среди людей более или менее образованных, которые недооценивают сложности процесса познания и потому принимают наукообразную терминологию за научное знание как таковое. В наше время всякий оккультизм как некое эзотерическое знание (известное лишь посвященным), опирается на субъективную уверенность его адептов в овладении «тайными силами» природы.

«Шарлатанство в медицине» – циничный обман больных, спекулирование на их доверии. В объективном плане между знахарством и медицинским шарлатанством различия нет, поскольку и то и другое представляет собой ненаучное врачевание. С позиций нравственно-этических, шарлатанство уже не является добросовестным заблуждением, а с юридических позиций оно есть не только незаконное врачевание, но и мошенничество.

Термин «парамедицина» имеет очевидную связь с парапсихологией – «наукой», оформившейся в 30-е годы XX века. По мнению А.Я. Иванюшкина, парапсихология является оккультной дисциплиной. Горячие приверженцы парапсихологии сообщили ей внешние черты подлинной научной дисциплины, обеспечив, атрибутами научности – издание журналов, преподавание специальных курсов в университетах и т. д. Академик В.С. Степин отмечает в одном из своих интервью, что Международная академия информатизации объявила даже конкурс в докторантуру, а в качестве специальностей названы уфология, парапсихология, и по ним выдаются дипломы кандидатов и докторов наук...

Термин «альтернативная медицина» возник совсем недавно. Здесь также присутствуют элементы мистики, черты донаучного мышления, но на первый план уже выступают терпимость, лояльное отношение к такой медицине. Более того, смутное, не имеющее четких контуров понятие альтернативной медицины неявно подразумевает даже какие-то преимущества этой медицины перед медициной «ортодоксальной, официально признанной» (ведь относительно последней нам все известно доподлинно, в том числе – и то, что она не все-сильна, что развитие ее связано подчас с глубокими противоречиями).

Таким образом, понятие альтернативной медицины представляется наиболее общим. Оно включает в себя и «народную медицину», и гомеопатию, и методы новаторского дилетантского врачевания, которые, не будучи признанными научной медициной, претендуют на творческий вклад в опыт врачевания.

А.Я. Иванюшкин считает, что возможно превращение какого-то метода лечения, являющегося достоянием народной медицины (после всестороннего научного изучения), в одно из современных эффектив-

ных терапевтических средств. Не исключена также возможность, что практика повседневной жизни (за пределами профессиональной деятельности медиков) может подсказать направление перспективных научных исследований в клинической медицине. В то же время наряду с вопросами, на которые может дать конкретный ответ только квалифицированное медико-клиническое исследование, существуют вопросы философско-методологического, *социально-этического* плана, когда феномен нетрадиционной медицины рассматривается как нечто целое [1].

## 2. Особенности нетрадиционной медицины

### 2.1. Беспредметность

При рассмотрении таких направлений парамедицины, как *парапсихология*, *криптозоология* (попытки доказать существование неоткрытых человеком диких биологических видов – «снежного человека», «слохнесского чудовища» и др.) и «*лечение биополем*», необходимо отметить их *беспредметность*. Предмет паранауки в конечном счете сводится к бессодержательному определению «в этом что-то есть». Чтобы создать впечатление серьезности своих занятий, те, кто отстаивает право паранауки на существование, создают своего рода «предмет-муляж» [1].

В *парапсихологии*, «исследующей телепатию», это результаты огромного числа опытов по отгадыванию карточных символов, когда «высокоочковые» данные как будто бы подтверждают экстрасенсорную передачу мыслей, но при критичной оценке этих данных выявляются либо мошенничество, либо нестрогость условий экспериментов.

*Криптозоологи* привозят из своих многочисленных экспедиций неясные фотографии подозрительной формы предметов, сообщения о поразительных существах, чьи трупы разложились под воздействием африканской жары (и потому «не удалось подвергнуть их консервации») и т. д.

А уверовавшие в «*лечение биополем*» бесконечно ссылаются на примеры «диагностики» (без применения научно-медицинских знаний, медицинской аппаратуры), случаи «исцеления», свидетельства благодарных пациентов и т. д.

Квалифицированные исследования, начавшиеся в 1982 году в лаборатории дистанционного исследования биологических объектов, возглавляемой академиком Ю.В. Гуляевым и доктором физико-математических наук Э.Э. Годиком (Институт радиотехники и радиоэлектроники АН СССР), позволили узнать много нового об инфракрасном тепловом излучении с поверхности тела человека, о радиоизлучении, позволяющем судить о температуре внутренних органов, об

электрических и магнитных полях, сопровождающих жизнедеятельность и функционирование организма человека.

Ученые подтвердили существование известных клинической медицине уже более 100 лет зон Захарьина-Геда. Исследователи рассчитали, что, например, тепловое излучение руки может ощущаться кожным покровом другого человека на расстоянии нескольких сантиметров (примерно до двадцати). Причем эта способность (передавать и воспринимать такое излучение) одинаково присуща всем людям, никаких особенностей у так называемых экстрасенсов ученые не обнаружили [по 1].

И в этих исследованиях никакого особого «биополя» с чудесными свойствами сверхпроницаемости и т.д. найдено не было. Когда мы говорим о беспредметности такого направления парамедицины, как «коррекция (лечение) биополем», то имеем в виду, прежде всего, отсутствие здесь важнейших составных элементов всякой действительной науки (научного направления) – научных фактов.

Приведем в качестве примера одно из рассуждений в защиту «экстрасенсов»: «Что касается экстрасенсов – существуют какие-то реальные факты: допустим, человек снимает головную боль, снимает другие боли, например, во время обострения язвы... Мой друг, который этим занимается, в течение пятнадцати секунд снимает у меня головную боль...». Идет ли здесь речь о фактах? Конечно. Но о таких фактах, которые касаются только субъекта данного высказывания и его друга, а также – о других фактах, о которых нам рассказывает (и только!) все тот же субъект. Вполне вероятно, что в этих фактах «что-то есть» («что-то» чувствовал целитель, «что-то» чувствовал пациент). Но для нас самое главное в таких фактах – они не были проверены на объективность, они не являются научными фактами.

*Для научных фактов обязательны объективность, достоверность, изоморфность объекту, информационная характеристика [3].* В науке содержание фактов неотделимо от методики их получения и подтверждения. Научные факты – это фрагменты объективной реальности, в которых с помощью научных методов исследования элиминирована случайность и выделена в виде явлений природная необходимость, так сказать, в «чистом виде». «Факт» – в науке это высокое слово. Открытие принципиально новых фактов, как и установление новых законов, является своеобразным праздником для ученого.

У «экстрасенсов» чаще речь идет об артефактах, субъективных переживаниях, их интерпретации. Парамедики утверждают, что врачи, представляющие официально признанную медицину, «с порога отмечают» их факты и тем самым исповедуют принцип чеховского Василия Семи-Будатова «Этого не может быть, потому что этого не может быть никогда». К сожалению, многие «факты» из области паранауки того заслуживают. Когда на основе одной только «методологической экспертизы» многие ученые заявили, что «фи-



гической экспертизы» многие ученые заявили, что «филиппинская хирургия» – фокус, это явилось примером высокопрофессионального обращения с понятием «научный факт».

## 2.2. Подмена связей

Нетрадиционная медицина в целом имеет еще одну черту: *подмену реальных причинных связей фантастическими, вымышленными связями.*

К примеру, аномальные атмосферные явления выдаются за «летающие тарелки».

В опытах по передаче мыслей другому человеку сознательно или бессознательно используются «сенсорные ключи», но положительный результат при этом выдается за доказательство существования телепатии.

Не утруждая себя строгой статистикой о частоте несчастных случаев с мореплавателями в «Бермудском треугольнике» по сравнению с другими точками мирового океана, верящие в «бермудиаду» из уст в уста, из книги в книгу передают версию о действии там таинственных «космических сил» [6].

Рассуждения «экстрасенсов» о получении информации о состоянии «биополя» пациента, о коррекции «биополя» пациента «биополем» целителя подчинены такой же логике.

Для науки вопрос о возможности терапевтического эффекта от теплового воздействия рукой человека на какие-то зоны кожной поверхности больного остается открытым.

Компетентные клинические исследования, в которых обязательно необходимо исключить *роль суггестивного фактора*, должны еще только разрешить этот вопрос. А до тех пор все рассуждения о «коррекции биополем» методологически несостоятельны.

Какие-то реальные явления, о которых идет речь в рамках паранауки, объясняются известными объективными причинами, другие – объяснить пока трудно, но сторонники парапсихологии, парамедицины и т.д. склонны давать всем этим явлениям непременно парадоксальное, фантастическое объяснение. Когда иные вымыслы, фантастические идеи выдаются за объективно существующую реальность, речь идет о мистификации земных явлений, событий. Иными словами, речь идет о *вере в чудеса*. С методологической точки зрения при этом происходит *искажение материалистического принципа причинности, пренебрежение важнейшим его атрибутом – объективностью*. А правдоподобие создается наукообразными терминологией и стилем.

Паранаука вообще и парамедицина в частности представляют собой смесь элементов научного и религиозного сознания. Мы привыкли к тому, что научное отражение мира (открытие, описание, изучение

объективных причинных связей) и религиозный взгляд на мир (вера в существование сверхъестественных, вымышленных связей) являются несовместимыми. Прогресс науки неустанно теснил, развенчивал веру в чудеса. С возникновением паранауки в сознании определенной части людей происходит как бы реабилитация веры в чудеса. В век огромного престижа научных знаний вера в чудеса выступает то как «одно из направлений какой-то науки», то даже как «самостоятельная наука». Такое явление одни авторы называют «познавательным диссонансом», а другие – «параллельными мировоззрениями».

По мнению академика В.С. Степина (2000), можно выделить четыре социальных причины, которые делают сегодня очень острой *проблему соотношения науки и лженауки*:

- общий кризис цивилизации, поиск новых ценностей;
- особенности психологии и менталитета постиндустриального развития общества;
- состояние самой науки, связанное с запаздыванием процессов интеграции все более дифференцирующегося научного знания;
- состояние самой жизни.

### 2.3. Методологические особенности

Рассмотрим теперь феномен альтернативной медицины в свете методологии клинической медицины. Если взять *«живую воду»* – направление, особенно широко распространенное в начале 80-х годов XX века, то бросается в глаза одна особенность, роднящая это проявление парамедицины с другими примерами знахарства. Речь идет об универсальности *«лечебного метода»*. Согласно рекомендациям инженера Д.И. Кротова (проповедника «живой воды»), последняя помогает при тридцати «обоснованных назначениях» (желтухе, псориазе, радикулите, аденоме предстательной железы).

Панацея (лекарства от всех болезней) не может быть потому, что это противоречит всей истории научной медицины. Еще в древности говорили: *«Кто хорошо диагностирует, тот и хорошо лечит»*. В последние два столетия (с тех пор, как Морганьи заложил основы патологической анатомии) прогресс клинической медицины был связан с умением врачей «прицельно» определять сущность патологического процесса. Секретом врачебного мастерства клинициста (даже, когда он во многом основывается на врачебной интуиции) явилось умение проводить *дифференциальный диагноз*. Это звено, предшествующее лечению, отсутствует в деятельности парамедиков.

*Нож, лекарство и слово* – триада древнейших лечебных средств, и каждое из них при неумелом, ошибочном применении может стать ятрогенным фактором. Не только врачам сегодня известно, что при изменении дозы любое лекарство может превратиться в яд. Почему же эта общая закономерность не распространяется, например,

на «биополе», если оно есть некий материальный фактор, а не просто вымысел?

Абстрагируясь на время от вопроса, есть ли вообще хоть какое-то фармакологическое, физиологическое воздействие «живой воды», «биополя» на организм больного, и при этом сосредоточившись на социальной стороне дела, мы увидим, что эти «альтернативные способы врачевания» используют приемы, давно известные в практике медицинского шарлатанства ранее [6].

Например, в рекламном проспекте к неким аппаратам, якобы защищающим от «лучей земли», а также предохраняющим от рака, астмы и бесплодия, говорится: «...при всех болезнях проникает до самой последней клетки... всегда только лечит, никогда не вредит...» [по 1].

### 3. Социально-этические ориентации парамедиков

Является ли действительно безвредной альтернативная медицина, если иметь в виду не просто отсутствие материального воздействия на организм больного мифическим «биополем», но реальную практику врачевателей – со всеми возможными социальными последствиями? Иными словами, исследуя феномен альтернативной медицины, нельзя пройти мимо *социально-этических ориентаций парамедиков*.

Прежде всего, необходимо отметить, что неофициальные врачеватели достаточно часто нарушают важнейший этический принцип клинической медицины «Не навреди!». В качестве примера может служить история, рассказанная невропатологом профессором К. Уманским на страницах «Литературной газеты». Больная прогрессивно текущим неврологическим заболеванием, 16 лет, выписавшись в удовлетворительном состоянии из клиники, затем почти полгода находилась на лечении у «известного гомеопата». Лекарь назначал больной и травы, и овес, и фиксирование медной фольги на стопе, и гомеопатические средства, но главное – максимальную двигательную нагрузку. Последняя рекомендация была совершенно безграмотной и оказалась губительной для больной.

Состояние настолько ухудшилось, что при повторном поступлении в неврологическую клинику больная не могла самостоятельно передвигаться. Этот случай, несомненно, имеет и юридически-правовой аспект. Если лекарь – не врач, то он, по крайней мере, должен быть привлечен к *судебной ответственности за незаконное врачевание*; если же он имеет врачебный диплом, то – за *недопустимое экспериментирование на больной*, имевшее весьма тяжелые последствия для ее здоровья [по 6].

Приведенный пример – крайняя степень нарушения заповеди медицинской этики «Не навреди!». Здесь профессиональное невежество

и преступная самонадеянность лекаря как причины ухудшения состояния больной очевидны.

Такая связь оказывается не столь очевидной, когда парамедики применяют средства сами по себе безвредные (напомним хотя бы историю «АУ-8» – напитка, отнесенного экспертами к пищевым продуктам). В этих случаях нарушения принципа «Не навреди!» связаны с *фактором времени*. В той мере, в какой больной не получает своевременного показанного с позиций научной медицины лечения (вследствие того, что доверился парамедику и выполняет его назначения) в отношении данного больного нарушается этическая заповедь «Не навреди!». Знает ли, не знает тот или иной лекарь о содержании данной заповеди – неважно. *Знахаря, парамедика не освобождает от моральной ответственности социально-этическое невежество* (так же как незнание закона не освобождает от юридической ответственности нарушившего этот закон).

Особенно суровой с морально-этических позиций должна быть оценка парамедицинской практики, поскольку она распространяется на *тяжелобольных, в том числе – неизлечимых*. А между тем именно больные, отчаявшиеся в успешном лечении у врачей, чаще обращаются к парамедикам. На эту причину обращения тяжелобольных к знахарям указывалось почти столетие назад (Молль, 1903). Можно понять больного человека (и его родственников), устремляющихся за призрачной надеждой, но нельзя оправдать лекарей, манипулирующих этими сокровенными надеждами тяжелобольных людей.

*Обмануть вообще – значит поступить дурно. Обмануть тяжелобольного, умирающего – неизмеримо большее зло.* С одной стороны любой целитель, врачеватель, если он укрепляет временно надежду своего пациента и приносит временное утешение больному, так же может быть оправдан, как и врач, прибегающий к «спасительной лжи». Такое сравнение правомочно лишь в ограниченных рамках. В конечном счете, врач – это врач, а знахарь – это знахарь. Врач владеет (обязан владеть!) всем арсеналом паллиативных средств, облегчающих страдания терминальных больных.

«Спасительная ложь» – во-первых, требует от каждого врача большого психотерапевтического искусства, а во-вторых, является таковой только в связи со всей многообразной врачебной деятельностью, направленной на данного больного. *Гуманной является не сама по себе «ложь», а деонтологическая тактика отношения врача к такому больному и его близким в целом.*

Для врача психотерапия является не только одним из аспектов его деятельности, наряду с другими аспектами, но и выбором научно обоснованных схем лечения, учетом всего множества факторов в каждой истории болезни с позиций социальной ответственности и справедливости и т.д. Иными словами, врач не строит своей профессио-



нальной деятельности на столь узкой социальной базе, как парамедик, успех которого зависит в значительной степени от использования надежды больного, являющейся результатом внушения и самовнушения. Даже в отношении к потерявшему веру в выздоровление больному врач остается врачом – в силу своего социального положения, а также в силу веления профессионального долга [6].

Медицина не всесильна, а знания каждого отдельного врача неизбежно ограничены. Поэтому наиболее ответственные решения в медицине принимаются коллегиально. *Консилиум – это подлинно этическая традиция клинической медицины*, благодаря которой не просто предупреждаются возможные ошибки при выборе ответственных решений отдельным врачом, но таким образом используются резервы, потенциальные возможности, имеющиеся в научном подходе, науке как «коллективном интеллекте».

Консилиум в медицине – это высшая социальная целесообразность: на одной чаше весов жизнь и здоровье человека, на другой – во всей необходимой полноте возможности медицинской науки.

Что касается парамедиков, то они, как правило, *не знают сомнений*. Их практика в принципе лишена коллективистской природы (а нередко это нелегальная, заведомо скрываемая от посторонних глаз деятельность). Знахарские средства сплошь и рядом – *«тайные средства»*. Они лишены присущих научным медицинским знаниям свойств общезначимости и общепонятности (для профессионалов-медиков).

В ряде случаев сопровождаемые парамедиков самонадеянность, необоснованные псевдонаучные претензии, злоупотребление доверием больных и их родственников, манипулирование надеждами тяжелых и даже неизлечимых больных, саморекламирование можно рассматривать как *стремление принизить авторитет официальной медицины*. А между тем авторитет медицины не «частное дело» врачей, это – широкая общественная проблема. В высоком авторитете врачей, медицинских служб кровно заинтересованы пациенты [6].

Поскольку многие направления парамедицины в современных условиях выступают в авангардистской роли «лидеров» научного прогресса, феномен альтернативной медицины необходимо рассмотреть и в свете *этики науки*. Коснемся проблемы безопасности медицинских нововведений. Далеко не каждый врач (если он непосредственно не связан с клиническим экспериментированием) хорошо осведомлен о наличии здесь обязательных нормативных документов, принятых как Министерством здравоохранения, так и на международном уровне. В связи с этим наивными и безответственными необходимо рассматривать стремления парамедиков, минуя испытания, внедрять свои «открытия, изобретения» в практику врачевания.

*Дилетантизм недопустим и в науке, и в медицинской практике.* В практике парамедиков ущербность дилетантизма нередко пытаются возместить ссылками на авторитет науки и современной техники вообще. В одной только Москве известно несколько докторов технических наук, занимающихся «лечением биополем». «Экстрасенсов» любых направлений много лет поддерживает (опекает) философ, профессор А.Г. Спиркин. Дилетантизм в таком его виде осуждается научной этикой, ибо *претенциозная некомпетентность — тягчайший порок для научного работника, а злоупотребление доверием к науке широкой читательской аудитории подрывает авторитет науки в обществе.*

Знаменательным фактом явилось возникновение за рубежом по инициативе некоторых ученых *комитета научного исследования заявлений о «паранормальном»* – КСИКОП. К ученым присоединились врачи, преподаватели, профессиональные фокусники. Участие в такой организации последних объясняется тем, что *целители «чудотворцы» нередко берут на вооружение эстрадные номера фокусников.* КСИКОП – орган возмущенного профессионального достоинства специалистов, выступающих против верхоглядства, подтасовки фактов, эксплуатации легковерия простаков, прямого мошенничества. Тем самым стихийному распространению новой мифологии, неомистицизма, веры в чудеса противопоставлено движение Нового Просвещения [6].

Как известно, даже при наличии таланта у ученого, успех его деятельности не всегда предсказуем. В этом плане *истинный ученый работает в зоне некоторого риска:* то может оказаться, что направление исследований выбрано не совсем правильно, то концентрация творческих усилий недостаточна, и в результате – приоритет оказывается упущенным.

Положение представителя паранауки иное. Независимо от того, обладает ли такой представитель талантом ученого, он *заведомо определил себе судьбу «первопроходца научного прогресса».* Паранаука «замешана» не только на заблуждениях ума, но и на нескромности [6].

#### **4. Истоки парамедицины**

Каковы корни особенно большого распространения парамедицины сегодня? Феномен альтернативной медицины явился своеобразным *побочным продуктом бурного научно-технического прогресса в современном мире.* Сравним представления о «лечебной силе» драгоценных камней (распространенные и в древности, и в средние века, а отчасти – и в новое время) с некоторыми существенными чертами парамедицины. Там было наделение сверхъестественными силами драгоценных камней, здесь – наукоподобных символов.

Иногда, как в случаях с лечебными свойствами меда или прополиса, объективная научная информация (подчас – предварительные данные) трансформируется в массовом сознании и рождается новый миф о панацее с магическими лечебными свойствами. Иначе говоря, многие современные парамедицинские направления есть выражение какого-то безоглядного, некритичного научного прогрессизма [6].

В то же время паранаука, особенно в ее медицинском варианте, является *реакцией на тенденции «медицинской агрессии», на противоречия научно-технического прогресса в медицине*. Радикализм медицинских вмешательств, например, крупные полостные операции, трансплантация органов, лучевая терапия и т.д. не могут не вызывать чувства эмоционального напряжения, страха у человека, решающего на такое лечение. А парамедицина соблазняет легковых людей «простыми путями», «простыми рецептами» здоровья. Альтернативная медицина – это бегство от серьезных и глубоких социальных проблем современного здравоохранения: лекарственных осложнений, на Западе – дороговизны высокотехнической медицины и т.д.

Парамедицина во многом *отражает изменение отношения человека к здоровью*. С точки зрения только субъективных установок, «благих порывов» здесь можно отыскать и нечто *позитивное*. Ведь речь идет об активности и даже об энтузиазме не одиночек, а значительных масс людей, считающих важной целью достижение оптимального здоровья. Досуг, свободное время заполнены деятельностью, направленной к высокой цели. Однако средства, которые предлагает альтернативная медицина, иногда, обесценивают благородство цели и эту деятельность людей.

Распространенность парамедицины в последние годы в известной мере оказалась *реакцией на конкретные недостатки практического здравоохранения*. Медицинская наука не всемогуща. Наряду с этим недостаточная квалификация определенной части врачей, низкая культура труда в некоторых учреждениях здравоохранения, бюрократизм, формализм, бездушие, нарушения этического-деонтологических норм в деятельности отдельных медработников, короче говоря – все, что способствует *снижению доверия к медикам*, объективно способствует обращению больных людей к знахарям, парамедикам.

В таких случаях тоже проявляется *роль «человеческого фактора» в медицине*, так как речь идет все о том же «активном пациенте». Он не мирится с плохой работой, неэтичным профессиональным поведением некоторых медиков и, порой, становится жертвой своего собственного легкомыслия и легковерия, а вслед за этим и жертвой знахарей и парамедиков.

«Человеческий фактор» даже в рамках альтернативной медицины проявляется не только в слепом подражании, бездумном применении заведомо бесполезных, а то и могущих принести вред здоровью



средств. Иногда и дилетантские поиски в области медицины (прежде всего, когда они направлены на укрепление своего здоровья) могут привести к позитивным результатам, могут стать подлинным творчеством. Организм каждого человека уникален, особенности образа жизни каждого индивида разнообразны. И если кому-то в результате осторожного применения каких-то советов народной медицины в сочетании с упорством и страстным желанием выздороветь удастся справиться с серьезным недугом – это победа (труда, воли, творчества, знаний, мудрости).

Итак, в социальном плане феномен альтернативной медицины противоречив. С одной стороны, он проистекает из каких-то позитивных предпосылок, например из стремления восстановить, сохранить вековой опыт народной медицины, из возрастания роли «человеческого фактора» в практике здравоохранения. С другой стороны, массовая заразительная вера то в одну, то в другую «панацею», небывалые масштабы самолечения с применением сомнительных, а то и откровенно вредных для здоровья средств – эти, как и многие другие негативные черты парамедицины в ее современных видах, не могут не вызывать обоснованной тревоги.

Общезвестно, что наука как система высокоспециализированных знаний требует для усвоения *сосредоточенности и концентрированных интеллектуальных усилий*, изучение серьезной литературы никогда не относится к легкому чтению. Парамедицина же существует только в виде «популярных лекций», читаемых в самых «пестрых» аудиториях и потом ходящих в списках по рукам, кратких сенсационных интервью, публикуемых в массовой печати, и т. д.

В клинической медицине давно существует *традиция демонстрации больных* на заседаниях ученых медицинских обществ, в студенческих аудиториях. Но совсем другое дело, когда, например, парамедик Г.С. Шаталова демонстрирует перед публикой своих пациентов. Это уже не научная демонстрация, а скорее рекламный спектакль, шоу и потому – фарс [по 6].

В центре всей проблемы взаимоотношений научной медицины и парамедицины несомненно стоит вопрос о *гомеопатии*. Историко-философский и научно-методологический анализ позволяет сделать вывод, что оба «теоретических принципа» медицинской системы Ганемана (подобия и потенцирования) нельзя признать научными [1].

В то же время нельзя обходить вниманием тот факт, что еще в 1987 году в бывшем СССР было 12 гомеопатических аптек и 3 специализированных отдела. Население ежегодно приобретало гомеопатических средств на 5 миллионов рублей, что составляет около 0,1% от более чем четырехмиллиардного оборота остальных аптечных учреждений.



Возрастанию во всем мире интереса к гомеопатии в значительной мере способствует то, что в последние десятилетия ее представители организуют проведение собственных научных исследований. В Индии существует 5 научно-исследовательских институтов и 22 научно-исследовательских отдела по проверке гомеопатических средств. В 70-е годы XX столетия в Великобритании были созданы два исследовательских центра по научному изучению гомеопатического лечения. Можно с уверенностью сказать, что благодаря этим планомерным и систематическим исследованиям *выяснение взаимоотношений научной медицины с гомеопатией выходит на новый уровень.*

Строгий научный подход к проблеме эффективности гомеопатии делает исключительно важными методологическую и методическую стороны этих исследований. Это еще раз убедительно подтвердила история с публикацией результатов исследований французского ученого Ж. Бенвениста, которые одними были восприняты как крупнейшая научная сенсация, наконец-то доказавшая эффективность гомеопатии, другими – как объективные факты, которые можно объяснить из иных теоретических предпосылок, а третьими – как не имеющие ценности научные эксперименты, содержащие тривиальную погрешность метода исследования [6].

Гомеопатия, находящая практическое применение во многих странах, запрещена законом в Бельгии, Италии, Испании, официально запрещена, но законом не преследуется в Нидерландах, не разрешена законом, но широко применяется врачами во Франции, разрешена законом в Великобритании (как и в России, где она разрешена специальными постановлениями Министерства здравоохранения, т.е. подзаконными актами).

*Гомеопатия – это сохранившийся до сих пор «мост» в старую медицину, применявшую множество лекарственных средств, накопленных в течение столетий благодаря эмпирическому опыту десятков поколений врачей. Оставляя открытым вопрос о фармакологическом действии гомеопатических крупинок, нельзя сбрасывать со счета опыта практического врачевания талантливых гомеопатов (включающего и психотерапевтическое искусство, и последовательный индивидуальный подход к больному, и использование современных достижений научной медицины) [6].*

Один только факт масштабности распространения гомеопатической медицины во всем мире требует продолжения компетентных, без предвзятости научных испытаний эффективности гомеопатии. Наука при всем многообразии ее направлений, отдельных дисциплин остается чем-то единым, целостным.

*Если альтернативная медицина все-таки есть, существует как факт, как данность, то какой-то «альтернативной науки» не может быть. Пока гомеопатия не будет признана*

всем авторитетным научным медицинским сообществом, она останется направлением парамедицины [6].

### *Литература*

1. Иванюшкин А.Я. Профессиональная этика в медицине (философские очерки). – М.: Медицина, 1990. – 224 с.
2. Лосев А.Ф. История античной эстетики. – М.: Искусство, 1969. – 709 с.
3. Осокин В.В. Основные характеристики научного факта // Методологические проблемы современного научного знания. – М., 1977. – С. 71-84.
4. Парнов Е.И. Трон Люцифера. – М.: Политиздат, 1985. – 303 с.
5. Эльштейн Н.В. Диалог о медицине. – Таллинн: Валгус, 1986. – 254 с.
6. Яровинский М.Я. Лекции по курсу «Медицинская этика» (биоэтика): Учебное пособие. – М.: Медицина, 2000. – 256 с.

## ЛЕКЦИЯ 5. МЕДИКО-ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЗДОРОВЬЯ И БОЛЕЗНИ

### 1. Медико-этические аспекты здоровья

Изменение глобальной медицинской парадигмы (греч. *paradeigma* – пример, образец) с патоцентрической на санцентрическую, переход от медицины-патологии к медицине-санологии требует новых методологических обоснований. Это касается, прежде всего, таких понятий медицины как болезнь и здоровье. В рамках медицины-санологии болезнь перестает быть антонимом здоровью. Здоровье как индивидуальная норма есть мера отклонения от физиологической, статистической и индивидуальной норм.

*Здоровье* представляет собой состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов (ВОЗ, 1968).

Такая точка зрения на здоровье является вполне оправданной. Здоровый человек не жалуется на функции своих внутренних органов, и здоровое тело задает ему переживание собственного присутствия в жизни. Он чувствует, что может устроить свою жизнь по собственному замыслу. Именно это, по мнению Г.С. Абрамовой и Ю.А. Юдичи, и является одним из важнейших показателей психического и социального благополучия человека, когда человек удовлетворен своей жизнью и отношениями с другими людьми [1].

С точки зрения профессора В.Е. Кагана человек, как субъект индивидуальной нормы, так или иначе, знает (представляет себе или думает, что знает), что такое здоровье и соотносит с этим свое актуальное состояние [6]. Целостное представление о своем здоровье человек обозначает в своей *внутренней картине здоровья* (ВКЗ). В связи с этим выделяют три вида здоровья: физическое, психическое и социальное.

*Физическое здоровье* часто связывается с биологическим возрастом человека. *Биологический возраст* отражает функциональную зрелость организма, как его отдельных тканей, органов, систем, так и всего организма в целом. Различают следующие критерии биологического возраста:

1) *морфологические*: скелетная зрелость (сроки оксификации скелета), зубная зрелость (прорезывание и смена зубов), зрелость форм тела (пропорции, телосложение); развитие первичных и вторичных половых признаков;

2) *функциональные*: показатели, отражающие зрелость центральной и вегетативной нервных систем, зрелость опорно-двигательного аппарата;

3) *биохимические*: ферментные, гормональные, цитохимические.

*Психическое здоровье* основывается на понятиях «адаптация»

и «социализация» как основных закономерностях развития человека и на понятии «индивидуализация» как проявление закономерностей индивидуальной жизни человека.

*Адаптация* – а) способность человека осознанно относится к функциям своего организма (пищеварения, выделения и т.д.); б) способность человека регулировать свои психические процессы (управлять своими мыслями, чувствами, желаниями).

Пределы содержания индивидуальной адаптации существуют. Но есть и общие для всех людей закономерности. Так адаптированный человек может жить в современных гео-социальных условиях.

*Социализация* связана со следующими тремя критериями, определяющими здоровье человека:

1) человек реагирует на другого человека, как на равного себе («другой такой же как я»);

2) реакция человека на факт существования норм в отношениях между людьми, т.е. выделение этих норм и стремление следовать им;

3) как человек переживает свою относительную зависимость от других людей.

*Индивидуализация* (индивидуация по К.Г. Юнгу) позволяет описывать отношение человека к самому себе. Человек сам создает в психической жизни свои качества, осознает собственную неповторимость как ценность и не позволяет разрушать ее другим людям. Способность признавать и сохранять индивидуальность в себе и в других – это один из важнейших параметров здоровья.

Психически здоровый человек характеризуется его возможностями адаптации, социализации и индивидуализации. Эти возможности есть у каждого человека. Степень их реализации определяется социальной ситуацией развития человека – теми ежедневными условиями жизни, в которых находится конкретный человек, где он смог бы проявить возможности психической жизни, т.е. доступные ему чувства, мысли, желания, возможности, качества Я.

*Социальное (духовное) здоровье* включает в себя ряд критериев.

1. Возможность выделения для себя идей о происхождении человека и отношение к этим идеям («Я дано мне богом», «Я – это природное качество», «Я – это то, что есть у всех», «Мое Я определено моими родителями», «Мое Я создал я сам»). Отсюда и возможные усилия по преобразованию.

2. Показатель целостности внутреннего мира, которая задается системой правил и суждений, принятых для себя человеком осознанно. Когда есть правила осознания, то внутренний мир доступен для воздействия. Наиболее типичным примером таких правил являются библейские заповеди: не убий; не укради; не лжесвидетельствуй; чти отца и мать; не прелюбодействуй; возлюби ближнего своего и другие, которые изложены в Нагорной проповеди Христа.



Критерии социального здоровья проявляются в общении с другими людьми особым образом – в готовности отдавать, а не только брать. Отдавать другим людям свои силы в целях устройства общей жизни – это проявление *эгоистического альтруизма*, как считал Г. Селье [13].

Переживания, в которых осуществляется связь с другими людьми, переживания, в которых раскрывается соответствие конкретному идеалу человека, и составляют содержание внутренней картины здоровья (ВКЗ) как трансцендентального целостного представления о жизни.

*Здоровый человек* обладает следующими характеристиками, которые отличают его от других людей (А. Маслоу):

- 1) он удовлетворяет свои потребности в безопасности, сопричастности, любви, уважении и самоуважении;

- 2) он может стремиться к самоактуализации, т.е. к свершению своей миссии, признания судьбы, стремления к единству своей личности.

Во ВКЗ особое место занимают когнитивные (разумные) психотехнические знания о том, как может и должна осуществляться индивидуальная жизнь. Эти когнитивные знания дают возможность стать хозяином собственной жизни, реализовать свое здоровье.

Отсутствие такой возможности – это величайшая трагедия, которая разрушает все жизненные устои человека, в том числе и отсутствие мотивации к здоровому образу жизни, которая буквально преследует современного человека как отсутствие стремления к реализации своей ВКЗ.

Основу обучения здоровому образу жизни составляет идея о том, что *человек должен работать*. Надо осознать, что труд есть биологическая необходимость. Не только мышцы становятся дряблыми – интеллект, мозг приходят в хаос, если они не используются постоянно для достойных занятий.

Г. Селье отмечает, что лучший способ избежать дистресса состоит в том, чтобы избрать себе такое окружение, друзей, руководителя, которые соответствуют вашим предпочтениям, найти работу, которую вы можете любить и уважать. И тогда лозунг *«Работать, чтобы жить»* не будет для вас откровением. Стресс, который возникает в результате такого выбора, приносит человеку вкус и аромат жизни [13].

Отличительная черта человека, реализующего свою ВКЗ, состоит в том, что он стремится улучшить свое окружение и себя.

Чаще всего люди страдают не от того, что они чего-то не имеют, а от того, что у них нет вкуса и желания что-то делать. Они находят тысячу оправдательных причин для бездеятельности, переживая, таким образом, *дистресс безделья*.

Существует тесная связь между работой и старением. *Старение* – это итог всех стрессов, каким организм подвергался в течение жизни. Нужно помнить, что пока жив человек, он всегда испытывает некоторую степень стресса. Хотя стресс и старение связаны, они нетождественны.

*Напряженность при успешном выполнении любимой работы дает силы и чувство молодости.* Трудность состоит в том, чтобы найти такую работу, которая приносит удовлетворение и цениться людьми. Человек нуждается в признании, он не может вынести бесконечных порицаний, это делает его труд изнурительным и тяжелым.

Особое место во ВКЗ занимают такие психологические перемены, как представления о *целях жизни* и средствах их достижения. Ближайшие цели связаны с получением сиюминутного удовольствия (вкуса пищи, вина, прогулки, удовлетворение чувственных желаний, решение трудной интеллектуальной задачи). Они не сохраняются долго и не требуют специальной подготовки. Сама деятельность и переживания от нее в достижении этих целей совпадают.

Чтобы придать смысл жизни и определенную направленность, человеку нужна *отдаленная и возвышенная цель*. Она связана с необходимостью самоанализа человека, когда каждому надо честно сказать, чего он хочет от жизни. Часто независимо от формулировки цели за ней стоит *завоевание любви близких*. Если такой цели нет, то жизнь начинается протекать как ситуативно обусловленное поведение – в нем нет целостности, нет переживания единства собственного Я и собственных усилий, которое характерно для здорового человека.

Такая цель обладает двумя важнейшими чертами: а) она требует упорного труда; б) плоды этого труда не являются мимолетными, они накапливаются в течение жизни.

Отдаленная цель может мотивировать всю жизнь человека и при этом устранять сомнения при выборе поступков – те сомнения, которые ведут к дистрессу. К каким бы целям человек не стремился, связь между стрессом и достижением цели очевидна и несомненна.

*Неудачи, неуверенность, бесцельное существование – это самые вредоносные стрессоры, служащие причиной ряда заболеваний (язвенная болезнь, ИБС, гипертоническая болезнь, психические заболевания) или просто несчастливой жизни.*

В настоящее время существует *четыре модели обучения здоровому образу жизни*.

1. *Медицинская модель* построена на информировании людей. Она предполагает, что информация о качествах поведения, отрицательно влияющих на здоровье, помогает человеку воздерживаться от такого поведения. Если же он знает о чем-то полезном для здоровья, то знание об этом автоматически приведет к соответственному поведению. На практике такой взгляд не работает, так как он слишком уп-

рошен.

2. *Образовательная модель* включает в себя представления о своем здоровье как ценности. Эта модель не затрагивает глубинных представлений о здоровье в юношеском возрасте, так как для молодых людей здоровье выглядит как нечто само собой разумеющееся и не связанное с собственными усилиями, как данность, которая есть у человека. Отсюда понятно, почему для подростка курение выступает символом самостоятельности.

3. *Радикально политическая модель* основана на том, что часто нужно изменить внешние обстоятельства, чтобы содействовать правильному принятию решения о здоровье. К таким обстоятельствам могут относиться законодательные акты, субсидии, которые могут создать среду обитания, способствующую здоровому образу жизни. Применение методов воздействия при этой модели связано с механизмом идентификации молодых людей с носителями тех или иных идеалов социального поведения, которые для них являются доступными.

4. *Модель самоусиления* объединяет в себе достоверную медицинскую информацию (1-я модель), требуемые для принятия решения навыки (2-я модель) и дающее психологическую поддержку окружение, поддерживающее здоровый образ жизни (3-я модель).

Анализ современных моделей обучения здоровому образу жизни показывает, что, представление о здоровье как непреходящей ценности для каждого человека не является таковым.

Представление о здоровом образе жизни является культурно-историческим феноменом, которое требует изучения и понимания как в работе с конкретным человеком, так и в работе с определенными возрастными и социальными группами людей.

## 2. Медико-этические аспекты болезни

*Болезнь* – стесненная в своей свободе жизнь (К. Маркс).

*Болезнь человека* – это ограничение свободы не только физического бытия, но и стеснение свободы специфически человеческого взаимодействия индивида с окружающей средой, т.е. развития его жизненных планов и социальных связей – семейных, профессиональных и общественных.

Течение болезни, а в ряде случаев и возникновение ее, так же как и выздоровление, связаны с влиянием *психосоциальных факторов* – как актуальной жизненной ситуации, так и преморбидной личности больного и его реакций на патологические расстройства.

По мнению И.В. Давыдовского (1962 г.) *болезнь* представляет собой эволюционно сложившуюся форму приспособления целостного организма в изменившихся (трудных) условиях жизнедеятельности.

Этот сложный и противоречивый процесс обусловлен не только внешними, но и внутренними (субъективными) факторами.

Болезнь представляет собой интегрированное понятие, включающее не только непосредственно патологический процесс, но и деятельность системы приспособительных механизмов на биопсихосоциальном уровнях.

Таким образом, здоровье и болезнь не возможно представить изолированно друг от друга. Еще в трактате «Об искусстве врачевания» Гиппократ отмечал: *«Тело человека содержит в себе кровь, слизь и желчь, желтую и черную, из них состоит природа тела, и через них оно и болеет, и бывает здоровым. Бывает оно здоровым наиболее тогда, когда эти части соблюдают соразмерность во взаимном смешении в отношении силы и количества и когда они наиболее перемешаны... Болезни происходят частью от образа жизни, частью также от воздуха (пневмы)»*. [5].

Говоря об искусстве врачевания, Гиппократ подчеркивал, что воспитание врача входит не только умение выявить болезни, изучить их симптомы, лекарства, нужные для их излечения, но и выработать особое отношение к больным, страдающим тем или иным заболеванием.

На существование взаимосвязи между профессиональной подготовкой врача и его морально-этическим обликом указывается также в этическом кодексе врачей Древнего Тибета «Жуд-ши»: *«Врачи должны старательно изучать науки, с толком расспрашивать учителя, тщательно усваивать знания и с осторожностью рассуждать; в противном случае нельзя ждать успеха. Врачи не должны иметь никаких сомнений, так как в медицине все изучается экспериментально, при помощи слуха, зрения и мышления... Врачи должны быть внимательны к болезням своих больных и не медлить при лечении... Чтобы не упустить момента дать лекарство или прибегнуть к хирургическому вмешательству, они должны постоянно чувствовать себя так же, как чувствовал бы себя человек, которому дали перенести полную чашу масла через высокий забор, с угрозою казнить несущего, если он прольет это масло...»* [3].

В X веке врач Арнольд из Виллановы в своем «Салернском кодексе здоровья» писал: *«Если хочешь здоровым ты быть и не ведать болезней, тяжесть забот отгони и считай недостойным сердиться, скромно обедай, о винах забудь, не сочти бесполезным бодрствовать после еды, полуденного сна избегая... Пусть будут врачами твоими трое: веселый характер, покой и умеренность в пище»* [2].

Великий врач эпохи Среднеазиатского Возрождения Ибн Сина (Авиценна) в поэме «Урджуза» указывал на неприходящую ценность здоровья: *«Здоровье сохранить — задача медицины, болезней ход понять и устранить причины»*.



Благодаря достижениям современной медицины врач достаточно хорошо стал разбираться в причинах и ходе возникновения болезней. «Открытым» пока остается вопрос о сохранении здоровья человека.

Здесь уместно привести слова академика РАМН Ю.П. Лисицына: *«Здоровье – не только физическая, душевная ценность для каждого из нас, неоценимое богатство человека, но это высокая морально-этическая, гуманистическая ценность, это условие счастья и само по себе счастье»* [7].

В основе сохранения здоровья людей лежит профилактика болезней. Важнейшую роль в предупреждении заболеваний может сыграть система *диспансеризации населения*. Впервые эта система была создана еще в Советском Союзе, но в настоящее время в связи с экономическими трудностями она используется неэффективно. Что касается таких стран, как США, Великобритания, Япония, Швеция, Норвегия, Финляндия, то в них использование профилактики способствует ежегодному снижению числа инфарктов, инсультов, запущенных случаев онкологических заболеваний.

Идеи диспансеризации нашли свое выражение в *рекомендациях Всемирной Медицинской Ассоциации* по предоставлению медицинской помощи (1964, 1983), где отмечается: «Как в городах, так и на селе должна быть обеспечена интеграция программ профилактической и лечебной помощи, гигиены и санитарно-гигиенического просвещения и средств их реализации» [4].

Качество медицинской помощи, включая профилактическую работу, во многом зависит от взаимоотношений врача с пациентом. Эффективность этих взаимоотношений зависит, прежде всего, от способности врача честно и добросовестно выполнять свой профессиональный долг, следовать определенным *деонтологическим рекомендациям* (что надо делать в том или ином случае в зависимости от причин прихода к нему пациента).

Профессор М.Я. Яровинский считает, что *«...за всеми деонтологическими рекомендациями стоит определенный опыт, иногда тысячелетней практики, иногда опыт какой-то известной клинической школы или определенного врача, создателя того или иного способа лечения, получившего признание и право на широкое применение»* [16].

Так, древнеримский «эскулап» Асклепиад призывал врачей *«Лечить быстро, безопасно и приятно»*.

Его современник Аретей полагал, что если врач не может помочь, то он должен, по крайней мере, скорбеть вместе с неизлечимым больным.

Великий Гален был убежден, что подобное надо лечить подобным, противоположное — противоположным, а лучше всего надеяться на саму природу, ибо часто излечивает сама природа, а врач только должен ей в этом помогать.

В настоящее время тысячелетний нравственный опыт врачебной деятельности и моральные устои медицинской этики являются как никогда актуальными в связи с дегуманизацией современного врача.

Американский кардиолог Бернард Лоун в своей книге «Утраченное искусство врачевания» пишет: *«За свою жизнь я был свидетелем того, как престиж медицины в обществе поднялся очень высоко, вплоть до преклонения. А потом началось быстрое скольжение вниз. И оно продолжается».*

Сейчас образ Доктора как бы съезживается и теряет свой ореол. Репутация врачей упала ниже, чем когда-либо, за исключением, может быть, библейских времен, когда Екклесиаст говорил грешникам: *«Кто грешит перед лицом Создателя – да попадет он в руки врача...»*

Оглядываясь на 45 лет моей практики, я вижу, что нечто нужное, как воздух, вот-вот исчезнет. Порой, кажется, что медики заключили с дьяволом сделку Фауста. Трехтысячелетняя традиция нерушимого доверия между пациентом и врачом, похоже, уступила место новому виду отношений.

На место исцеления явилась сумма манипуляций: менеджмент вытеснил заботу о больном, искусство выслушать страждущего уступило место медицинским технологиям. Доктора больше не адресуются к личности больного – они озабочены фрагментарными, «не так работающими» биологическими системами и органами. Сам человек «выключен» из игры, его как бы нет на сцене...

Одна из причин этого – появление все более сложных технологий. В сравнении с тем, что дают УЗИ, эндоскопия, ангиография, – история болезни пациента кажется субъективной, отрывочной и порой не имеющей отношения к делу. Некоторые врачи убеждены: точная технология обследований делает просто ненужной беседу с больным.

И студентов учат «облегченной» модели медицины, в которой люди представлены как биохимические фабрики. Больной по этой модели – скопище плохо работающих органов или разлаженных функциональных систем, подлежащих определенной диагностике. И доктор ищет подходящий инструмент для «ремонта».

Эту философию подкрепляют мощные экономические «рычаги». Общество с гораздо большим вниманием встречает весть о новом в технологии медицины, чем в искусстве слушать пациента и консультировать его. В денежном выражении время, проведенное в операционной, оценивается в десятки раз дороже, чем собеседование с пациентом и его семьей. Вдобавок, высокотехнологичная медицина чаще направлена на лечение острых и неотложных состояний, ее не интересует предупреждение болезни. В превентивной медицине затраты денег дают наибольший эффект, но это полностью игнорируется. Предупреждение болезни всегда в тени, на заднем плане.

*Это Скольжение вниз будет продолжаться, пока доктора не вернутся к истокам – к традиции исцелять» [8].*

Необходимой составляющей процесса «исцеления» должны являться медико-этические правила, которым необходимо следовать врачу по отношению к болезни и страдающего ею человека.

Профессор Р.А. Лурия указывал на то, любая болезнь поражает человека в целом. При любой болезни *«прежде всего плачет мозг, а кровавые слезы попадают в сердце, печень, любой другой больной орган» [9].*

Профессор Н.А. Магазаник в своей книге «Искусство общения с больным» подчеркивает важность психологического аспекта болезни и необходимость целостного подхода к лечению (включая психотерапию): *«Очевидно, что чем бы ни заболел человек, какие бы неприятные ощущения (боль, одышка, тошнота, зуд, жар, озноб и т.п.) он ни испытывал, он страдает также от тревоги, страха, уныния, тоски, бессилия и прочих тягостных чувств. Он не понимает, что с ним случилось, он не уверен, смогут ли ему помочь доктора, он тревожится за свое будущее» [10].*

Эти мысли не новы. Об этом говорил Платон: *«Как нельзя приступить к лечению глаза, не думая о голове, или лечить голову, не думая о всем организме, так же нельзя лечить тело, не лечя душу».*

На это указывал в начале XIX века профессор М.Я. Мудров: *«Зная взаимные друг на друга действия души и тела, долгом почитаю заметить, что есть и душевные лекарства, которые врачуют тело. Они почерпнутся из науки мудрости, чаще из психологии. Сим искусством печального утешишь, сердитого умягчишь, нетерпеливого успокоишь, бешеного остановишь, дерзкого испугаешь, робкого сделаешь смелым, скрытого откровенным, отчаянного благонадежным. Сим искусством сообщается больным та твердость духа, которая побеждает телесные боли, тоску, метание и которая самые болезни покоряет воле больного» [11].*

Профессор Московского медицинского стоматологического института В.П. Померанцев считает, что для эффективного «исцеления» пациента врачам необходимо учитывать и, по возможности, преодолеть ряд следующих устоявшихся точек зрения (догм) на лечебный процесс:

- 1) выявление любого заболевания или нарушения тех или иных показателей обязывает врача к назначению лечения;
- 2) лечение должно быть комплексным;
- 3) главное в лечении принадлежит медикаментам;
- 4) при лечении следует использовать самые эффективные, в том числе, новые средства;
- 5) всегда следует стремиться получить положительный эффект как можно скорее;

- 6) содержание лечения следует менять в процессе течения болезни;
- 7) парентеральный способ введения лекарств более эффективен, чем пероральный;
- 8) стационарное лечение лучше амбулаторного;
- 9) все изменения в состоянии больного являются результатом проводимого лечения;
- 10) интенсивность лечения должна быть прямо пропорциональна тяжести состояния больного;
- 11) узкий специалист лечит лучше, чем врач широкого профиля;
- 12) все вопросы лечения решает врач, а дело пациента – выполнять его назначения. [12].

Он считает лечение главной задачей и смыслом врачебной деятельности. Оно должно удовлетворять следующим основным требованиям: быть *эффективным, безопасным и возможно менее обременительным для больного*. Это можно достигнуть, соблюдая *принципы рациональности и экономности*.

По мнению профессора В.П. Померанцева «...Рациональность врачебной тактики заключается в том, чтобы из множества возможностей выбрать все действительно необходимое, эффективное и безопасное для данного больного, позволяющее реально изменить течение заболевания в желаемом направлении.

Экономическая сторона дела сводится к использованию по возможности более простых, но достаточных для больного средств. При решении этих вопросов врачи, особенно молодые, иногда допускают ошибки, источник которых – догматические представления вследствие формального отношения к существующим научно обоснованным положениям или неглубокого знания теории и практики своей специальности, т.е. недостаточного опыта. Такие представления существуют в отношении всех аспектов лечебного процесса, в том числе при определении цели, показаний, выбора лечебных мероприятий, их проведения и оценки» [12].

В настоящее время выбор средства лечения определяют не только догматические представления, но и формальное отношение, что противоречит параграфу 11 Декларации ВМА «Двенадцать принципов предоставления медицинской помощи в любой национальной системе здравоохранения» (1983), в котором говорится: «Интересы больного диктуют, что не может быть никаких ограничений права врача на выписку любых препаратов и назначение любого лечения, адекватных с точки зрения современных стандартов» [4].

В связи с этим уместным будет напомнить слова известного психотерапевта Балинта: «Врач – это лучшее лекарство». К этому только нужно добавить: «...если это хороший врач...» [16].



### *Литература*

1. Абрамова Г.С., Юдчиц Ю.А. Психология в медицине: Учебное пособие. – М.: ЛПТА «Кафедра-М», 1998. – 272 с.
2. Арнольд из Виллановы. Салернский кодекс здоровья. – М., 1970.
3. Бадмаев П. Основы врачебной науки Тибета Жуд-ши. – М., 1991. – С. 160.
4. Врачебные ассоциации, медицинская этика и общемедицинские проблемы: Сб. офиц. документов. – М., 1995. – С. 96.
5. Гиппократ. Клятва. Закон о враче. Наставления / Пер. с греч. В.И. Руднева. – Мн.: Современный литератор, 1998. – 832 с.
6. Каган В.Е. Внутренняя картина здоровья – термин или концепция? // Вопросы психологии. – 1993. – №1. – С. 86-88.
7. Лисицын Ю.П. Социальная гигиена и организация здравоохранения. Проблемные лекции. – М., 1994.
8. Лаун Б. Утерянное искусство врачевания. – М., 1998.
9. Лурия Р.А. Внутренняя картина болезней и иатрогенные заболевания. – М., 1977.
10. Магазаник Н.А. Искусство общения с больными. – М.: Медицина, 1991. – 87 с.
11. Мудров М.Я. Избранные произведения. – М., 1949. – С. 296.
12. Померанцев В.П. Лечение в клинике внутренних болезней. Догмы и действительность // Врач. – 1993. – № 4. – С. 6-9.
13. Селье Г. Очерки об адаптационном синдроме / Пер. с англ. – М.: Медгиз, 1960. – 275 с.
14. Харди И. Врач, сестра, больной. Психология работы с больными. – 5-е изд., перераб. и доп. – Будапешт: Изд-во Академии наук Венгрии, 1988. – 338 с.
15. Эльштейн Н.В. Медицина и время. – Таллинн, 1990. – С. 352.
16. Яровинский М.Я. Лекции по курсу «медицинская этика» (биоэтика): Учебное пособие. – М.: Медицина, 1999. – 208 с.

## ГЛАВА II. ЛИЧНОСТЬ УЧАСТНИКОВ МЕДИЦИНСКОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ

### ЛЕКЦИЯ 6.

#### МЕДИКО-ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ПАЦИЕНТА

##### 1. Современные аспекты медико-этических проблем пациента

На современном этапе развития медицины все чаще слово «больной» заменяется словом «пациент», означающим в переводе с латинского «страдающий». Применительно к белорусской реальности больше подходит перевод с французского («терпеливый», «пассивный», «безучастный»), так как «нашему» пациенту, чтобы получить медицинскую помощь, требуется большое терпение.

Современный пациент имеет ряд особенностей. По мнению профессора Н.В. Эльштейна медицинский портрет сегодняшнего «среднего» пациента включает в себя шесть отличительных черт [5]:

- 1) множественность болезней;
- 2) наличие расстройств центральной нервной системы;
- 3) склонность к полноте и ожирению;
- 4) проявления аллергии;
- 5) наличие хронических очагов инфекции;
- 6) утрата болезнями своего классического лица.

Как считает профессор М.Я. Яровинский, к числу психологических особенностей современного пациента можно отнести «...неизмеримо возросшую медицинскую образованность...» [6].

Мотивацией к получению медицинских знаний для пациента может служить возможное недоверие к врачам. Этому способствует широкий доступ к медицинской литературе. В конечном итоге сочетание знания с полужнанием формируют у пациента *переоценку своего собственного понимания проблем медицины*.

Признание важности профилактики на словах у пациентов сочетается с почти полным игнорированием ее на деле. Современный пациент склонен к самолечению и проявляет обостренный интерес к палеомедицине.

Некоторые врачи условно делят своих пациентов на «приятных» и «неприятных». К первой категории относят тех, кто причиняет мало хлопот и при этом не стесняется в изъявлении благодарности в самых разных видах.

Среди «неприятных» врач Н. Ермолаева («Аргументы и факты», 1998, 26 апреля, стр. 8), выделяет следующие *десять «самых нелюбимых» типов пациентов*, с которыми ежедневно встречается врач.

1. «*Всезнайка*», который идет в кабинет врача с непоколебимым «самодиагнозом».

2. «*Потребитель*», рассуждающий так: «Плачу деньги – значит должен получить здоровье! А сам при этом палец о палец не ударю!».

3. «*Пуп земли*», утверждающий: «Был у всех, но никто-никто не может мне помочь!». По этому убийственному вступлению врачи распознают *ипохондрика*, и начинается многолетняя мучительная связь двоих – врача и пациента.

4. «*Невнимательный пациент*» не соблюдает указанного ему времени приема, не принимает предписанных лекарств или принимает их редко, не ходит на физиотерапию, не соблюдает диету. К сожалению, такие пациенты не являются исключением. Установлено, что в Германии, например, каждый год пациентами выбрасывают предписанные, но неиспользованные медикаменты на сумму четыре миллиарда марок.

5. «*Глотатель таблеток*» не любит долго ждать, потому ждет только одного: быстрого и легкого избавления от болезни. Для этой цели «поглощает» буквально все: каждую новую диету, каждое новое чудотворное средство, все, что ему скажут. Он и слышать не хочет о продолжительном лечении, диете и гимнастике. Глотать, пить и глотать! А если эффекта нет, уйдет молча, не попрощавшись, в поисках следующего врача.

6. «*Невежа*» не знает ни того, какие лекарства он принимает, ни для чего они и для кого. «Это была какая-то синяя склянка с зеленой ленточкой...» – «А кто вам ее прописал?» – «Не знаю!».

7. «*Неподготовленный*» принципиально не носит с собой необходимых документов – снимков, медицинских карт и прочее. Обычно и одежда его неподходящая: чересчур много всего и все какое-то странное. Пока такой освободится от всех своих несчастных одежек, врач «сойдет с ума».

8. «*Простофиля*» вопросы врача понимает буквально. И вместо истории болезни подробно расскажет историю своей жизни (любовь, развод, похороны). Иногда прибавит сочный анекдот и не стесняется спросить у врача подробности его личной жизни.

9. «*Семейные*» приходят на прием со всей семьей, мешая врачу.

10. «*Нечистоплотный пациент*», забывший о личной гигиене и приходящий на прием в грязном белье.

Давая оценку этому своеобразному «хит-параду» *неприятных пациентов* необходимо отметить, что с точки зрения медицинской этики для врача вообще не должно существовать «*неприятных больных*».

В данном случае классическим примером может служить поведение А. Швейцера, который обучал габонских негров, вообще не знав-

ших о существовании мыла, элементарным правилам гигиены, считая это своим долгом.

Еще в качестве *примера* можно привести своеобразный нравственный урок, который преподавал своим коллегам великий московский врач-гуманист Ф.П. Гааз. Однажды в клинику для «чернорабочего класса людей» поступила умирающая девочка с водяным раком лица. Злокачественная опухоль разлагалась, и в палате стояло такое зловоние, что даже мать девочки не хотела подходить к ее постели. Не делали этого врачи и сестры. Только Ф.П. Гааз не отходил от нее, утешал, целовал до самого смертного часа.

Врачам-наркологам, дерматовенерологам в своей практике очень часто приходится иметь дело с бомжами, алкоголиками, наркоманами, проститутками, больными сифилисом. Для врача очень важно рассматривать этих людей, прежде всего, как пациентов, которых надо излечить.

Особое место среди пациентов занимают больные СПИДом. В своей работе врач должен руководствоваться следующим *Заявлением Всемирной Медицинской Ассоциации*, сделанным в 1987 году:

«Больные СПИДом и лица, имеющие положительную реакцию на антитела к ВИЧ, имеют право на полноценную медицинскую помощь и не должны подвергаться дискриминации в повседневной жизни. У врачей есть давняя и почтенная традиция заботиться о заражном больном. Необходимо сохранить эту традицию и в условиях эпидемии СПИДа».

Профессор Н.В. Эльштейн выделяет также категорию пациентов, страдающих «душевной глухотой». Он приводит несколько *примеров* из своей практики.

Так «...один из пациентов при попытке украсть мешок картошки был избит владельцем огорода и попал в больницу. Вскоре он написал жалобу на врачей, которые, по его мнению, лечили его от побоев неправильно...».

Другой пациент «...поступил в сельскую больницу с открытыми переломами голени. Большая кровопотеря. Шок. Транспортировать пациента невозможно из-за его крайне тяжелого состояния. Сельский врач берется за операцию. Нужна первая группа крови. Как раз в этот день последнюю ампулу ввели роженице. У врача первая группа. Он ложится на стол и отдает свою кровь пациенту. Врач теряет сознание, но жизнь больного спасает. Пациента выписывают здоровым, и он пишет жалобу в прокуратуру с требованием привлечь врача к ответственности за то, что в больнице не оказалось крови...».

Профессор М.Я. Яровинский описывает категорию пациентов с высоким социальным положением, «...которые привыкли требовать к себе особого отношения. Проблема VIP (very important person) возникает не только у работников «кремлевских больниц». Зачастую к



«особо важным персонам» себя относят ответственные работники районного масштаба, бизнесмены, директора заводов, популярные актеры и т.д.».

В таких случаях можно воспользоваться рекомендациями известного американского психотерапевта В. Вайнтрауба.

1. Больному должны оказываться уважение и почет. Выгодно сделать без их просьб, авансом, некоторые незначительные уступки (прогулки, доступ посетителей, телефон в палате).

2. Руководитель медицинского учреждения должен установить прямой контакт с теми, кто проявляет нажим в интересах больного, и тем самым создать условия для того, чтобы медицинский персонал мог работать спокойно и без опасений. Интерес, проявленный больницей к больному и к взглядам влиятельных родственников и друзей, снизит у последних чувство вины и опасения, что делает родственников более снисходительными к преувеличенным претензиям больного.

3. При подготовке к приему такого больного необходимо ознакомить с ситуацией медицинский персонал, а при необходимости и других больных, с которыми будет VIP находиться в контакте. Исключения, которые будут предоставлены больному, следует объяснить главным образом требованиями состояния здоровья и лечения больного. Тем самым можно избежать недовольства сестер и вспомогательного персонала, связанного с тем, что им приходится идти навстречу требованиям больного.

4. Руководитель медицинского учреждения должен регулярно информировать свое начальство о состоянии больного и о ходе лечения, имея в своем распоряжении всегда точные и последние данные [7].

Особую категорию пациентов составляют *врачи, оказавшиеся в положении больных*. Одной из особенностей «врачей-пациентов» является *недооценка* начальных признаков заболевания. Так, по данным американских авторов, врачи, заболевшие раком, делают первое обследование намного позднее, чем другие больные.

В качестве примера можно привести следующие воспоминания О.Л. Книппер-Чеховой, жены великого врача-писателя: «Чехов не любил лечиться. Необходимо было прибегать к разным уловкам, чтобы он дал себя обследовать».

Чехов страдал упорным кашлем, на который обратил внимание лишь тогда, когда выкашлял с мокротой небольшое количество крови (увидел в этом «нечто зловещее»). Он убедил себя в том, что это не туберкулез («если бы выделение крови с мокротой при кашле было бы туберкулезной этиологии, то меня уже давно не было бы в живых»). Вместо обследования и лечения Чехов предпринял утомительную и долгую поездку на Сахалин, и... в возрасте 44 лет он умер.

Второй особенностью болеющих врачей является *переоценка* серьезности признаков заболевания на более поздних его этапах, а также *пессимистический взгляд на прогноз*.

Сложность позиции врача обусловлена пониманием возможностей медицины при тяжелых заболеваниях. Он не питает необоснованных надежд на благополучный исход. При этом часто прибегает к аутодиагностике и аутотерапии. В этой связи профессор Н.А. Белоногов говорил: «Так же, как никто не может быть судьей при собственном судебном процессе, так же никто не может быть и своим собственным врачом».

В случаях *болезни врачей-коллег* могут помочь правила, предложенные чешскими психотерапевтами Р. Конечным и М. Боухалом.

1. С больным коллегой следует поступать, исходя из тех же критериев, что и к другим больным. Обследование и лечение имеют определенный порядок. Нарушение этого «стереотипа», например пренебрежение исследованием мочи и другими «банальными» методами, может привести к упущению серьезных данных.

2. Замечания и предложения больного врача следует расценивать как его субъективные высказывания, а не как настоящее врачебное сотрудничество и помощь. Поэтому нельзя разрешать больному врачу изменять план лечения, если вы считаете его обоснованным и оправданным.

*Важными условиями обследования и лечения врача-пациента являются:*

- полное доверие больного врача к своему коллеге;
- лечащий врач должен быть более опытным и не моложе врача-пациента;
- врач, производящий обследование, должен быть того же пола, что и больной, особенно если дело касается какого-нибудь особенного метода исследования (гинекологическое, урологическое, некоторые виды хирургического исследования, например, ректоскопия) [1].

В основе решения проблем пациента, связанных с его болезненным состоянием, лежит установление *терапевтического сотрудничества* в диаде «врач – пациент». На это указывал еще в эпоху Средневековья, обращаясь к пациенту, арабский врач Абуль-Фарадж: «Нас трое: ты, болезнь и я. Если ты будешь с болезнью, нас будет двое, а я останусь один, и вы меня одолеете. Если ты будешь со мной, нас будет двое, болезнь останется одна, и мы ее одолеем».

Для установления контакта между врачом и пациентом, как считает профессор М.Я. Яровинский, «...пациент должен почувствовать уважение к себе, которое проявляется с первого же обращения, с первого приветствия, с первого слова, сказанного врачом пациенту, в том, с какой интонацией это слово сказано, с каким выражением лица и глаз.

Больной должен чувствовать, что он не просто четырнадцатый номер в очереди, не просто экстренный случай, поступивший некстати, когда врач собирался уйти домой. Для него важно и то, как относиться к нему и как к другим больным. Когда он слышит от врача или медсестры: «Вас много, а я одна!», «Как вы все мне надоели!», то он прекрасно понимает, что ничего хорошего в этом медицинском учреждении ему не дожидаться» [6].

К необходимым условиям установления контакта между врачом и пациентом относится *сострадание*, которое должно проявляться в каждом слове, в каждом действии медика. Как показывает опыт современной медицины, с развитием специализации снижается внимание медицинского работника к личности пациента и его проблемам.

По этому поводу профессор И. Харди пишет: «Когда-то один нищий, собиравший милостыню на Большом кольце в Будапеште, воздействовал на людей тем, что повесил на шею себе дощечку с надписью: «Представь себя на моем месте».

Врач или сестра, работающие в море страданий, подвержены огромной опасности стать бесчувственными, «окаменеть», очерстветь, смотреть на страдания людей с точки зрения профессиональной, механически, рутинно стремясь утолить их. Определенный эмоциональный отклик, сочувствие важны и необходимы, чувствительный отклик на боль и напряженность, на надежды и безнадёжность у больных делают лечащего врача настоящим мастером своего дела» [4].

## 2. Пациент и внутренняя картина болезни

Информация о болезни, полученная врачом в результате опроса и объективного обследования пациента, обязательно должна интерпретироваться с учетом индивидуальных особенностей личности пациента. *Личностный подход к пациенту*, оптимизирующий контакт и диагностику, позволяет врачу определить не только характер заболевания, но и отношение к нему самого пациента. Дело в том, что кроме внешней картины болезни (внешний вид больного со всеми многочисленными деталями) существует и *внутренняя (аутопластическая) картина болезни*.

Главный специалист в этой области профессор Р.А. Лурия писал: «Внутренней картиной болезни я называю все то, что испытывает и переживает больной, всю массу его ощущений, не только местных болезненных, но его общее самочувствие, самонаблюдение, его представления о своей болезни, о ее причинах, все то, что связано для больного с приходом его к врачу, — весь тот огромный внутренний мир больного, который состоит из весьма сложных сочетаний восприятия и ощущения, эмоций, аффектов, конфликтов, психических переживаний и травм» [3].

Если рассматривать болезнь как кризис, то он возникает чаще всего вследствие *социальной дезадаптации*. Нарушение приспособления пациента к новым условиям жизни, вызванным заболеванием, происходит, например, при нарушении жизненного стереотипа и попадании пациента в новые для себя (больничные) условия. В связи с этим у него возникают *опасения, тревога, страхи*. На этом психоэмоциональном фоне нарушается не только деятельность систем и органов человеческого организма, но и меняется *самосознание человека*.

Самосознание, находясь в неразрывной связи с интенсивностью раздражений как интерорецепторов, так и экстерорецепторов, формирует представление о физическом состоянии, которое сопровождается своеобразным эмоциональным фоном (А.В. Квасенко, Ю.Г. Зубарев, 1980).

При рассмотрении психологического аспекта заболевания и формирования личностных реакций на болезнь необходимо, прежде всего, выделить *сенсологический этап*.

На этом этапе возникают неясные неприятные ощущения различной степени выраженности с неопределенной локализацией. Являясь ранними симптомами угрозы заболевания, они вызывают состояние, обозначаемое как *дискомфорт*.

Кроме неопределенных *диффузных* субъективных ощущений дискомфорта, возможен *локальный дискомфорт*, например, в области сердца, желудке, печени и т.д. Дискомфорт – ранний психологический признак морфофункциональных изменений. Он может перерасти в болевые ощущения.

*Боль* может иметь положительное и отрицательное значение. В положительном смысле боль рассматривается как важный и действенный сигнал опасности для организма (хирурги при «остром животе» не снимают боль до окончания обследования).

Негативный аспект боли заключается в следующем:

- 1) отсутствие сигнальной функции в ряде случаев затрудняет диагностику (прогрессирующий туберкулез легких);
- 2) несоответствие силы боли характеру заболевания (зубная боль);
- 3) возможно условнорефлекторное снижение болевой чувствительности.

Таким образом, боль, являясь информацией о нарушении деятельности органов и систем, подвергаясь переработке в сознании, может лечь в основу оценки больным своего психосоматического страдания.

Боль может оцениваться не только как симптом заболевания, но и как угроза для жизнедеятельности (изменения положения в семье, в профессиональной деятельности и т.д.).



Кроме дискомфорта, болевых ощущений на первом этапе возможно также возникновение нарушений в биосоциальной адаптации (снижение творческой активности, ослабление побудительных мотивов к деятельности и т.д.). Возникает ощущение стесненной свободы, ограничения своих прежних возможностей, *чувство собственной неполноценности*.

Вторым этапом личностного реагирования пациента на свое болезненное состояние является *оценочный этап*. Этот этап является результатом интрапсихологической переработки сенсологических данных.

Именно на этом этапе складывается «*внутренняя картина болезни*».

Страх и беспокойство по поводу болезни, которая не представляет опасности с одной стороны и оптимизм и уверенность больного на наиболее опасной стадии инфаркта миокарда или эйфория, предшествующая смерти, говорят об этом. Поэтому врачу нужно уметь соразмерять и согласовывать внутреннюю картину болезни с объективным состоянием пациента.

Основными элементами внутренней картины болезни являются:

- ощущения больного, восприятие и переживание симптомов, т.е. защитных действий собственного организма;
- эмоции, связанные с болезнью: страх, боль, тревога, депрессия, эйфория, органические ощущения;
- понимание происхождения и причин болезни, то есть концепция болезни;
- прогноз ее дальнейшего развития и надежды на выздоровление;
- схема тела и ее нарушение.

Внутренняя картина болезни, преломляясь в каждом случае по-своему и приобретая индивидуальную окраску. На нее влияют несколько *факторов*.

1. *Преморбидные особенности личности* (какой она была до заболевания):

- возраст;
- степень общей чувствительности к боли, факторам внешней среды (шуму, запахам);
- характер эмоциональной реактивности (эмоциональные больные более подвержены страху, жалости и в большей степени колеблются между безнадежностью и оптимизмом);
- характер и шкала ценностей (отношение к здоровью, комфорту, успеху, а также уровень ответственности перед собой, семьей, коллективом, обществом);
- медицинская сознательность (реальная оценка болезни и собственной ситуации).

2. *Характер болезни* (острая, хроническая, опасная или неопасная для жизни, требующая амбулаторного или стационарного лечения и т. д.);

3. *Обстоятельства, в которых протекает болезнь:*

- проблемы и неуверенность, которые приносит болезнь (стоимость лекарственного средства, степень утраты трудоспособности, возможные изменения в семейных отношениях и на работе и т. д.)

- среда, в которой развивается болезнь (дома, за рубежом, в гостях, у друзей и родственников);

- причины болезни (считает ли больной себя виновником заболевания или других: если сам виноват, то выздоравливает быстрее).

Этап отношения к болезни проявляются у больного в виде переживаний, высказываний, действий, а также общего рисунка поведения, связанного с заболеванием. Основным критерием этапа является признание или отрицание болезни.

*Соматозогнозия* – отношение к болезни, формирующееся на этапах личностного реагирования человека на свое болезненное состояние.

1. *Нормосоматозогнозия* – адекватная оценка больным своего состояния и перспектив выздоровления.

Оценка больным своего заболевания совпадает с оценкой врача. Отношение к лечению и лечебным процедурам – позитивное.

Варианты активности борьбы с болезнью:

- адекватная оценка болезни и высокая активность в борьбе с заболеванием;

- адекватная оценка в сочетании с пассивностью и неспособностью к преодолению отрицательных переживаний.

2. *Гиперсоматозогнозия* – переоценка значимости, как отдельных симптомов, так и болезни в целом.

Варианты:

- тревога, паника, тревожность, повышенное внимание к болезни. Большая активность в плане обследования и лечения. Перебор врачей и медикаментов. Гипертрофированный интерес к медицинской литературе;

- сниженность настроения: апатичность, монотонность. Пессимистический прогноз на будущее, скрупулезное выполнение всех требований врача.

3. *Гипосоматозогнозия* – недооценка больным тяжести и серьезности болезни в целом и ее отдельных признаков.

Варианты:

- снижение активности, внешнее отсутствие интереса к обследованию и лечению. Необоснованно благоприятный прогноз на будущее, преуменьшение опасности. Более глубокий анализ обнаруживает правильную оценку своего здоровья. Соблюдение режима, выполне-

ние рекомендаций врача. При хроническом течении заболевания привыкают к болезни, лечатся нерегулярно;

- нежелание обращаться к врачу. Негативное отношение к лечебному процессу. Тип психологической защиты – отрицание болезни.

4. *Диссоматонозогнозия* – отрицание наличия болезни и симптомов. Полное непризнание болезни.

Варианты:

- непризнание болезни при слабой выраженности симптомов (онкологические заболевания, туберкулез и т.д.). Умышленное сокрытие заболевания (например, сифилиса);

- вытеснение из сознания мыслей о болезни, особенно при прогнозируемом неблагоприятном исходе.

Существуют и другие классификации отношения к болезни.

*Аггравация* – преувеличение признаков заболевания и субъективных жалоб. Иногда (наряду с сознательной) она может быть обусловлена страхом, недоверием, чувством одиночества и безнадежности.

*Симуляция* – притворство, при помощи которого пациент стремится создать впечатление о наличии болезни и ее признаков. К ней прибегают либо люди с определенными психическими ограничениями и отклонениями от психической нормы (умственно отсталые, истерические личности), либо очень опытные и безответственные люди (преступники, юноши-призывники).

*Диссимуляция* – скрывание болезни и ее признаков. Она может быть:

- при психотических расстройствах (как результат отсутствия критического отношения к себе психически больного);

- при заболевании туберкулезом (выгодно дольше находится в санатории);

- при заболевании сифилисом (не выгодно для пациента в связи с извещением о заболевании, выявлении очага инфекции);

- при хирургических заболеваниях (боязнь операции).

К факторам, влияющим на формирование типов отношения к болезни относятся:

1. *Индивидуально-психологические особенности личности* (преморбид личности).

Нормосоматонозогнозия формируется у сильных, уравновешенных людей.

Для людей с гиперсоматонозогнозией характерны такие преморбидные особенности личности, как ригидность, застревание на переживаниях, тревожность, мнительность.

Люди с первым вариантом гипосоматонозогнозии отличаются поверхностностью суждений, легкомыслием. При втором варианте – среди преморбидных особенностей выделяется целенаправленность, «гиперсоциальность».

## *2. Возрастной фактор.*

В молодом возрасте отмечается недооценка тяжести заболевания, а в случаях, затрагивающих эстетические и интимные аспекты личностных реакций – переоценка тяжести.

В зрелом возрасте характерна чаще всего диссоматозогнозия.

В пожилом возрасте, в связи с недооценкой сил и возможностей организма отмечается склонность к гиперсоматозогнозии. Гиперсоматозогнозия в этом возрасте связана со снижением общей реактивности.

У *невротических и психопатических личностей* реакция на болезнь может носить патологический характер. В основе патологической реакции на болезнь лежат следующие *причины*:

- реакция не соответствует силе, продолжительности и значимости раздражителя;
- невозможность коррекции представлений, суждений, а также поведения больного.

Продолжительность патологических реакций: от нескольких часов до нескольких недель. Выделяют ряд патологических реакций.

### *1. Депрессивная реакция.*

Она включает в себя:

1) *тревожно-депрессивный синдром*, который возникает, как правило, на начальной стадии заболевания. Для него характерными являются: концентрация внимания на переживаниях, связанных с недугами, суицидные тенденции.

2) *Астено-депрессивный синдром*, который возникает на стадии разгара или исхода заболевания. Для этого синдрома характерны: сниженность фона настроения, угнетенность, растерянность, замедленная моторика.

### *2. Фобическая реакция.*

Фобическая реакция характеризуется наличием навязчивых страхов. В течение приступа страха переживаемая опасность воспринимается как вполне реальная. Вне острых приступов фобий критичность восстанавливается.

Фобическая реакция имеет определенную динамику:

- появление навязчивых страхов под воздействием реального травмирующего раздражителя (гипсофобия – боязнь высоты, возникающая на балконе);
- возникает не только в травмирующей ситуации, но и при ожидании воздействия травмирующего раздражителя (боязнь высоты, возникающая в комнате, ведущей на балкон);
- появление фобий в объективно безопасной ситуации (на улице, в подъезде).

### *3. Истерическая реакция.*



Истерическая реакция характеризуется: резкой сменой настроения; демонстративностью; театральностью; склонностью к актам самоповреждения в состоянии аффекта; утрированность жалоб.

К истерическим реакциям можно отнести такие псевдосоматические расстройства, как психогенные боли (псевдоревматические, фантомные, абдоминальные), психогенное удушье.

#### 4. Ипохондрическая реакция.

При этой реакции у больного упорно держатся мысли, что он болен другим, более серьезным заболеванием даже вопреки объективной ситуации выздоровления.

При малейшем недомогании больные начинают думать об опасности для здоровья и жизни. К ипохондрической реакции можно отнести психогенное удушье, психогенную тошноту и рвоту.

#### 5. Анозогнозия.

Анозогнозия – отрицание болезни, связанное не с личностными особенностями больного, а с характером заболевания. Она возникает в случае опасных для жизни заболеваний (рак, туберкулез и т.д.). Больной не осознает факт болезни и потому ее отрицает. Иногда придается значение малейшим соматическим нарушениям и не замечаются симптомы другого очень опасного заболевания.

Учитывая социальную дезадаптацию пациента во время болезни, медикам очень важно завоевать *доверие* к себе с его стороны. Они должны своевременно оказывать пациенту психологическую поддержку, чтобы он почувствовал себя в безопасности. Немаловажную роль здесь играет авторитет медицинского учреждения, его обстановка и порядки, установленные в нем.

Одним из препятствий для достижения доверительного отношения между медицинскими работниками и пациентом может быть *эгротогения*, т.е. неблагоприятное словесное воздействия на больного со стороны другого больного или больных. Проявлениями такого воздействия могут служить напряжение, тревога, паника, депрессия [2].

Профессор М.Я. Яровинский считает, что для предупреждения случаев эгротогении необходимо продуманное «*медицинское воспитание*» пациентов. Здесь «...большую роль играют работа лечащих врачей в палатах, достаточное и адекватное информирование больных, авторитет врачей и заведующего отделением, систематические беседы и сообщения о правилах внутреннего распорядка, о дисциплине, определенных обязанностях больных, их оптимальных контактах с персоналом, медицинским коллективом и об отношениях больных друг с другом...».

### 3. Проблема прав пациентов

Долгое время в нашем здравоохранении господствовал принцип *«Больной всегда прав»*. По мнению профессора М.Я. Яровинского этот принцип является «...лицемерным, недоказательным и ошибочным...» [6]. Он приводит к тому, что больные начинают использовать «...сложившиеся представления о правах и обязанностях, о гуманности врачей как средство давления на них... Ведь он больной, а врач обязан находить общий язык с пациентами...».

Если этого не происходит, то пациент пишет жалобу в медицинскую инстанцию. По любой жалобе будет организована проверка, создана комиссия. При разбирательствах же в высших медицинских инстанциях, как считает врач-хирург Ю. Крелин, часто преобладает *«презумпция виновности врача»*.

В экономически развитых странах в борьбе за *права пациентов* против неуклонного роста стоимости медицинских услуг широкое распространение получили различные *общественные объединения и организации пациентов*.

В 80-е годы XX века в США начали создаваться *Организации поддержания здоровья* (ОПЗ). Они действовали по принципу предварительной оплаты, групповой практики и планового медицинского обслуживания. Такое обслуживание являлось альтернативой медицинского обслуживания, основанного на принципе выплаты гонорара за каждую услугу.

Некоторые общественные организации объединяют в своих рядах больных диабетом, шизофренией, СПИДом, анонимных алкоголиков и т.д. Они представляют интересы этих больных на различных уровнях и оказывают им медицинскую и социальную помощь. В Республике Беларусь подобные организации представлены Обществами слепых, глухих.

После второй мировой войны в мире стало развиваться *движение за права человека*. В декабре 1948 года была принята *Всеобщая декларация прав человека*; 4 ноября 1950 года было подписано *Европейское соглашение по правам человека*. С этого времени началось *движение в защиту прав пациентов*. Наиболее интенсивно это движение развивалось в странах Европы.

Европейское совещание по правам пациентов, проведенное ВОЗ в Амстердаме 28-30 марта 1994 года, для реализации прав пациентов в европейских странах был одобрен документ *«Основы прав пациентов в Европе: общие положения»*.

В 1994 году странами Европейского сообщества принята Декларация *«О политике в области обеспечения прав пациента в Европе»*, в которой был сформулирован перечень прав пациентов,

отражающий прогрессивные концепции сегодняшнего дня и тенденции развития здравоохранения в будущем.

Основной упор в Декларации сделан на индивидуальные права пациента, включающие такие аспекты, как *целостность личности, неприкосновенность частной жизни, религиозных убеждений*. Этот документ отражает стремление людей не только к улучшению качества получаемой ими медицинской помощи, но и к более полному признанию их прав как пациентов.

В Декларации учтены интересы и точки зрения, как работников здравоохранения, так и пациентов. Права и обязанности обеих сторон дополняют друг друга.

*Пациенты несут ответственность* по отношению к самим себе за заботу о собственном здоровье, а также по отношению к работникам здравоохранения.

В свою очередь *работники здравоохранения* могут рассчитывать на защиту своих гражданских прав в равной мере со всеми другими жителями своего государства.

*Права пациентов*, сформулированные в этом документе, могут способствовать:

- во-первых, более полному осознанию людьми своей доли ответственности как при обращении за медицинской помощью, так и в ходе получения или оказания такой помощи;

- во-вторых, созданию атмосферы доверия во взаимоотношениях работников здравоохранения и пациентов при обоюдной поддержке и уважении;

- в-третьих, активному участию пациентов в процессе диагностики и лечения путем предоставления соответствующим работникам здравоохранения всей информации, необходимой для лечебно-диагностического процесса.

Как считает профессор М.Я. Яровинский, *«...роль пациентов в повышении качества лечебно-профилактической помощи приобретает особую значимость в современных условиях, когда существующие сложные системы здравоохранения финансируются в значительной мере из коллективных источников и когда работники здравоохранения и пациенты могут быть в равной мере заинтересованы в экономном и справедливом использовании имеющихся ресурсов...»* [6].

Декларация дает определенные гарантии в отношении защиты основных прав человека и способствует гуманизации помощи всем категориям пациентов, включая пожилых, тяжелобольных, психически больных и детей.

В статье 29 *«Права и обязанности пациента»* Закона Республики Беларусь *«О Здравоохранении»* говорится:

*«При обращении за медицинской помощью и ее получении пациент имеет право на:*

– уважительное и гуманное отношение со стороны медицинских работников и других лиц, участвующих в оказании медицинской помощи;

– обследование, лечение и нахождение в учреждении здравоохранения в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим и противозидемическим требованиям;

– облегчение боли, связанной с заболеванием;

– перевод к другому лечащему врачу с разрешения руководителя учреждения здравоохранения (структурного подразделения);

– отказ от оказания (прекращение) медицинской помощи, от госпитализации, за исключением случаев, предусмотренных актами законодательства Республики Беларусь;

– обжалование поставленного диагноза, применяемых методов обследования и лечения, организации оказания медицинской помощи;

– сохранение медицинскими работниками в тайне информации о факте его обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья, диагнозе и иных сведениях, полученных при его обследовании и лечении, за исключением случаев, предусмотренных актами законодательства Республики Беларусь;

– получение информации о состоянии своего здоровья, применяемых методах диагностики и лечения, а также на выбор лиц, которым может быть передана информация о состоянии его здоровья;

– возмещение вреда, причиненного жизни и здоровью при оказании ему медицинской помощи.

При нахождении на стационарном лечении *пациент имеет право* на допуск к нему священнослужителя, а также на предоставление условий для отправления религиозных обрядов, если это не нарушает режим учреждения здравоохранения и санитарно-гигиенические и противозидемические требования.

В случае нарушения прав пациента он может обращаться с жалобой к должностным лицам учреждения здравоохранения, в котором ему оказывается медицинская помощь, а также к должностным лицам государственных органов и органов общественных объединений.

*Пациент обязан:*

– принимать меры к сохранению и укреплению своего здоровья;

– уважительно относиться к медицинским работникам и другим лицам, участвующим в оказании медицинской помощи;

– представлять лицу, оказывающему медицинскую помощь, известную ему информацию о состоянии своего здоровья, в том числе о противопоказаниях к применению лекарственных средств, ранее перенесенных и наследственных заболеваниях;

– выполнять медицинские предписания;

– соблюдать правила внутреннего распорядка учреждения здравоохранения и бережно относиться к имуществу учреждения».



Своеобразным прорывом на качественно новый, современный, уровень понимания взаимоотношений в диаде «врач–пациент» можно рассматривать статью 30. *Предоставление информации о состоянии здоровья пациента*, в которой говорится:

«Лечащий врач, заведующий отделением, иные должностные лица организации здравоохранения предоставляют в доступной для пациента форме информацию о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, диагнозе и прогнозе, методах обследования и лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, об их последствиях, о результатах проведенного лечения и возможных осложнениях. Информация о состоянии здоровья пациента сообщается членам его семьи, если пациент не запретил сообщать им об этом или не назначил лицо, которому должна быть передана такая информация. В отношении несовершеннолетних и лиц, признанных в установленном законом порядке недееспособными, информация о состоянии здоровья пациента предоставляется их законному представителю, а в отношении пациентов, по состоянию здоровья не способных принять осознанное решение, - супругу, а при его отсутствии – близким родственникам. В случае отказа пациента от получения информации о состоянии своего здоровья делается соответствующая запись в медицинской документации. Информация должна сообщаться в форме, соответствующей требованиям медицинской этики и деонтологии. Информация, содержащаяся в медицинской документации, составляет врачебную тайну и может предоставляться без согласия пациента только по основаниям, предусмотренным законодательными актами».

Констатация *информированного согласия* в здравоохранении безусловно будет способствовать как повышению качества оказания медицинской помощи населению, так и росту самосознания пациентов, для которых здоровье должно стать непреходящей ценностью.

### *Литература*

1. Конечный Р., Боухал М. Психология в медицине. – Прага: Авиценум, 1983. – 405 с.
2. Лещинский Л.А. Деонтология в практике врача-терапевта. – М., 1989.
3. Лурия Р.А. Внутренняя картина болезней и иатрогенные заболевания. – М., 1977. – 112 с.
4. Харди И. Врач, сестра, больной. Психология работы с больными. – 5-е изд., перераб. и доп. – Будапешт: Изд-во Академии наук Венгрии, 1988. – 338 с.

5. Эльштейн Н.В. Медицина и время. – Таллинн, 1990. – С. 352.
6. Яровинский М.Я. Лекции по курсу «медицинская этика» (био-этика): Учебное пособие. – М.: Медицина, 1999. – 208 с.
7. Weintraub W. The VIP Syndrom // J. Nerv. Ment. Dis. 138. – 1964. – 181 p.

## ЛЕКЦИЯ 7. МЕДИКО-ЭТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

### 1. Роль семейной медицины в системе здравоохранения

В Древнем Риме существовали домашние врачи, которые являлись прообразом современных семейных врачей. Домашние врачи просуществовали в богатых домах Европы до эпохи формирующегося капитализма. Наиболее широкое распространение они получили с конца XVIII века и до конца XIX века. Положение домашних врачей значительно пошатнулось в связи с развитием врачебной специализации, когда пациент стал чаще обращаться за помощью не к ним, а к специалисту.

А. Молль, отмечая преимущества и положительные качества домашнего врача, указывал на то, что он *«...как никто другой может подать совет при всех тех положениях, когда существует известная связь между здоровьем и социальным положением пациента... В особенности он является добрым советником при конфликтах, полезен находящимся на его попечении пациентам в профилактическом отношении, обращает внимание родителей на такие недостатки их детей, которые они не замечают..., но которые могут иметь дурные последствия...»*

*Он также высказывает свое мнение в тех случаях, когда родители избирают для своих детей вредное занятие и вообще делает семье визиты и без специальных приглашений»* [3].

Согласно А. Моллю: *«Чем теснее устанавливается связь между домашним врачом и клиентом, тем большее значение нужно придавать нравственным качествам врача»* [3].

На протяжении долгого времени ведущие позиции в области семейной медицины занимали американцы. Несмотря на развитие специализации, в начале XX столетия большинство терапевтов в США классифицировались как общепрактикующие терапевты. В дальнейшем в медицинских школах и университетах обучение совершенствовалось в сторону специализации и субспециализации в медицине. К 1940 году в США работали 76 % врачей общей практики и 24 % специалистов. В 1947 году была основана *Академия общей практики*, которая признала семейную практику лидирующей специальностью. Позже было принято решение о двухгодичном обучении врачей, желающих специализироваться в вопросах семейной медицины [2].

Американская академия общей практики с 1971 года стала называться *Американской академией семейных врачей*. К этому времени ее членами были более 40 тысяч врачей. В настоящее время только в

США ежегодный выпуск семейных врачей составляет примерно 2000 человек.

По данным канадских авторов, семейные врачи составляют 50 % врачей их страны и они осуществляют большую часть первичной медицинской помощи. Система общепрактикующих врачей, связанных с местными органами здравоохранения, получила широкое распространение в Англии, Франции, Швеции и в других европейских странах.

К проблемам, связанным с деятельностью семейных врачей, можно отнести *невозможность охватить этим видом медицинской помощи все население*. Так, результаты исследования по обслуживанию семейными врачами в США (1984) свидетельствовали о том, что 21 % населения не имеет семейного врача. Постоянный врач есть у 84 % людей с плохим здоровьем и у 82 % – с посредственным, причем определяющим являлся доход: чем ниже доход, тем ниже процент людей, имеющих постоянного врача. В группах с годовым доходом от 15 до 24 тысяч долларов не имели семейного врача 24 % населения.

В 1978 году в Алма-Ате на *международной конференции ВОЗ* была принята декларация, в которой подчеркивалось, что первичная медико-санитарная помощь является ключом к достижению здоровья для всех к 2000 году. Неотъемлемой и наиболее важной задачей системы здравоохранения каждой страны, ее основной функцией должно являться предоставление населению доступной первичной медико-санитарной помощи.

*Комитет экспертов ВОЗ* по профессиональному и техническому образованию в 1962 году обсуждал нехватку семейных врачей во всем мире и необходимость обучения семейных врачей как *врачей первого контакта с пациентами*. Он признал необходимым усилить научные исследования в области семейной медицины. Комитет выступил с предложением, чтобы *каждый студент медицинских школ прослушал курс семейной медицины*. Врачам, окончившим университет и желающим специализироваться по семейной медицине, был предложен курс специального обучения. [2].

По определению профессора семейной медицины Когуэлла в США *работа семейного врача содержит следующих три главных компонента*:

- 1) ориентация на обслуживание всех членов семьи;
- 2) оказание первичной и неотложной медицинской помощи;
- 3) примат гуманизма в медицине, требующий серьезной переоценки ценностей и приоритетов установившейся медицинской практики.

К факторам, характеризующим семью, необходимо отнести *родство, интимность, взаимодействие и постоянное общение* [1].

Семейный врач, зная эти факторы, может активно воздействовать на здоровье и жизнь семьи. В работе семейный врач должен учиты-



вать влияние больного члена семьи на всю семью, а также меру воздействия семейного окружения на больного. При заболевании одного члена семьи врач обязан следить за состоянием здоровья и жизнедеятельностью всей семьи. Он наблюдает, как семья влияет на проявления заболевания. Это – один из главных принципов семейной медицины: *заболевание рассматривается не само по себе, а в связи с функцией всей семьи.*

По мнению М.В. Авксентьевой, семейный врач всегда стоит перед проблемой необходимости уточнения родственных связей и степени близости больного со всей семьей. Он не должен акцентировать внимание только на пациенте при посещении и забывать об остальных членах семьи. Он обязан всегда интересоваться отношением к больному других членов семьи, близкими родственниками больного, их занятиями, работой, учебой даже при их отсутствии во время визита.

По тому, как описывает пациент свое состояние, врач должен оценить отношение других членов семьи к его болезни, определить, собираются ли они помогать больному и что они думают о причинах болезни. При необходимости подробного изучения семьи врач может пригласить всех ее членов посетить его или придет в семью сам. При всех преимуществах семейной медицины ответственность врача общей практики за здоровье всей семьи очень велика. В деятельности семейного врача важное значение имеет также предупреждение заболеваний. *Профилактическая семейная медицина* основана на знании особенностей семьи.

Таким образом, семейный врач осуществляет интегральную, многоцелевую заботу о здоровье семьи и должен рассматривать симптомы заболевания пациента через призму отношений и событий в семье. Исходя из этого принципа, лечение больному назначают с учетом семейной ситуации.

Перед семейным врачом возникает масса проблем: от возможной беременности девочки, умоляющей его скрыть этот факт от родителей, до организации ухода за тяжелобольным и коррекции отношения к «выжившей из ума бабушке» остальных членов семьи. Ему приходится сталкиваться с проблемой лекарственной зависимости подростков и боязнь детей заразиться раком от больного отца. Очень часто семейный врач становится еще и адвокатом для больного и всей семьи в целом. [1].

В странах бывшего Советского Союза среди принципов организации системы здравоохранения и оказания первичной медико-санитарной помощи доминирует признанный одним из лучших мире *участково-территориальный принцип*. Этот принцип обслуживания населения использовался еще с конца XIX века земской медициной России.

В последние два десятилетия в странах постсоветского пространства (в том числе и в Республике Беларусь) отчетливо обозначились

недостатки в работе участковой службы. *Участковый врач* (терапевт, педиатр, акушер-гинеколог) по существу превратился в диспетчера, рассылающего пациентов по кабинетам специалистов (у нас более 50 % амбулаторных больных в крупных городах направляют к консультантам, а в западных странах – не более 10 %). Помимо диспетчерских функций, наш участковый врач выполняет формально еще и *экспертные*, выдавая больничные листы.

В России эти тенденции заставили обратиться к опыту работы врачей поликлинических отделений Четвертого Главного управления Министерства Здравоохранения СССР. Было решено распространить опыт семейных врачей «кремлевских поликлиник» на всю внебольничную сеть Москвы.

Попытка ввести в систему здравоохранения практику семейной медицины почти сразу стала обсуждаться на уровне проблемы в специальной литературе, в медицинских журналах. Может ли семейный врач в одинаковой мере хорошо и на современном уровне диагностировать и лечить болезни внутренние, нервные, кожные, глазные и т.д. и т.п.? Нужно ли больному, чтобы детские или урологические болезни лечил терапевт? Против этого протестуют сами пациенты.

По мнению профессора Н.В. Эльштейна «...То, что должен быть семейный доктор, – вопрос не обсуждаемый. Под этим понимается, что годами работает на своем участке, знает различные поколения семьи, детей до их рождения, является для жителей своего участка – здоровых и больных – советчиком, если хотите, духовником, другом...

Необходимость переориентации участкового врача в семейного – давно назревшая проблема, является своевременной и прогрессивной. Но сложность этой задачи не следует недооценивать...

Стремясь улучшить первую линию медицины, превращая участковых терапевтов в семейных врачей, следует критически оценить не только положительный, но и отрицательный зарубежный опыт.

Даже в сельской местности еще недавно мы хотели иметь врачей как минимум четырех специальностей – терапевта, педиатра, акушера-гинеколога и стоматолога. Что касается города, то доктор, лечащий от всех болезней, едва ли является тем идеалом, к которому надо стремиться. Чаще всего он превращается в фельдшера с врачебным дипломом. Главное, однако, в том, что участковые врачи не знают, чего от них хотят. Знать всю медицину нелегко. Либо много и поверхностно, либо мало, но глубже. Издержки неизбежны в обоих случаях. Они-то и приводят к ошибкам и врачебному браку» [8].

По мнению профессора М.Я. Яровинского «...никто не призывает ликвидировать узких специалистов. Они прочно заняли свою нишу в современной медицине, и никакой, даже самый замечательный, врач

общей практики в ряде случаев заменить их не может. Речь идет только о том, что зачастую можно было бы обойтись и без них, если бы у нас были настоящие семейные врачи...» [9].

## 2. Организация работы семейного врача

В соответствии с приказом МЗ РФ «О постепенном переводе первичного звена здравоохранения на работу по принципу врача общей практики» (приказ МЗ РФ № 237 от 26 августа 1992 года) в номенклатуре врачебных специальностей России в 1992 году появилась специальность «семейный врач».

Программа последипломного обучения врачей по семейной медицине, утвержденная МЗ РФ в 1993 году, предусматривает двухгодичную профессиональную подготовку врачей общей практики (семейных врачей), первичную и полугодовую шестимесячную специализацию. За 28 месяцев ВОП должен пройти общее и тематическое усовершенствование по 18 специальностям, на каждую из которых отведено от 0,5 до 1,5 месяцев.

В Санкт-Петербургской Медицинской академии последипломного образования в январе 1994 года был создан *первый в России факультет подготовки врачей общей практики*. Значительный вклад в подготовку будущих семейных врачей внесла Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова, где была создана *кафедра семейной медицины* (член-корр. АМН профессор И.Н. Денисов, проф. А. И. Иванов), разработаны программы формирования врачей, которые станут доверенными лицами каждой семьи, ответственными за ее здоровье в целом и каждого ее члена в отдельности от рождения до смерти.

С 26 августа 1992 года в России начало действовать следующее «Положение о враче общей практики (семейном враче)» (Приложение 5 к Приказу МЗ РФ от 26 августа 1992 года № 237). Врач общей практики (ВОП) – специалист с высшим медицинским образованием, имеющий юридическое право оказывать первичную многопрофильную медико-социальную помощь населению; если же он оказывает эту помощь семье независимо от возраста и пола пациентов, то его называют семейным врачом.

На должность врача общей практики (семейного врача) назначают специалиста, освоившего программу подготовки в соответствии с требованиями квалификационной характеристики и получившего сертификат.

ВОП (семейный врач) оказывает помощь индивидуально или совместно с другими врачами (групповая практика). В зависимости от социально-демографического состава обслуживаемого населения бригада врачей может включать и других специалистов, в том числе социальных работников.



ВОП (семейный врач) может осуществлять свою деятельность в государственном медицинском учреждении (поликлиника, МСЧ, городская и сельская врачебная амбулатория, здравпункт и др.), в государственном медицинском учреждении (малое акционерное или коллективное предприятие, кооператив), в порядке частной практики.

ВОП (группа врачей) может работать по контракту (договору) с государственными, муниципальными органами, страховыми медицинскими компаниями, медицинскими учреждениями.

Контингент обслуживания формируется с учетом права свободного выбора врача по территориальному, территориально-семейному и иным принципам, которые оговариваются в контракте.

*С давних времен считается неэтичным переманивать пациентов у других врачей и рекламировать свою деятельность.*

ВОП (семейный врач) осуществляет амбулаторный прием, посещает больного на дому, оказывает неотложную помощь, проводит комплекс профилактических, лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий, содействует в решении медико-социальных проблем семьи.

За ВОП (семейным врачом) на договорной основе могут быть закреплены койки в стационаре для ведения больных. При необходимости ВОП может организовать стационар на дому и дневной стационар.

Основной обязанностью ВОП является оказание первичной медико-социальной помощи населению в соответствии с требованиями квалификационной характеристики и полученным сертификатом.

Он обязан также проводить работу по гигиеническому обучению и воспитанию населения, пропаганде здорового образа жизни, предупреждению развития заболеваний.

В его обязанности входит и осуществление профилактической работы, направленной на выявление ранних и скрытых форм заболеваний и факторов риска, но и динамического наблюдения за состоянием здоровья пациентов с проведением необходимого обследования и оздоровления; оказание срочной помощи при неотложных и острых состояниях; своевременная консультация и госпитализация больных в установленном порядке; проведение лечебных и реабилитационных мероприятий в объеме, соответствующем требованиям квалификационной характеристики, экспертизы временной нетрудоспособности пациентов в соответствии с инструкцией «О порядке выдачи больничных листов» и направление на ВТЭК; организация медико-социальной и бытовой помощи совместно с органами социальной защиты и службами милосердия одиноким, престарелым, инвалидам, хроническим больным.

В осуществлении этой многообразной и сложной работы у него обязательно возникнут вопросы, требующие знания законов и принципов медицинской этики, международных и национальных докумен-



тов...[по 9].

В Республике Беларусь медицинская помощь врачами общей практики (семейными врачами) начала практиковаться с 1992 года, но только с 4 января 1999 года в Белорусской медицинской академии последипломного образования (БелМАПО) на базе соответствующего курса начала работать *кафедра общей практики* (Приказ МЗ РБ № 16А от 20 января 1998 года). Она была создана для подготовки и переподготовки врачей первичного звена здравоохранения. На кафедре ежегодно проводится обучение на трех шестимесячных очно-заочных циклах общего усовершенствования «Основные принципы диагностики и лечения заболеваний в условиях врачебной амбулатории (для врачей сельских врачебных участков и врачей общей практики)».

Как показали проведенные в республике эксперименты, врачи общей практики способны оказать скорую медицинскую помощь в 40-50 % случаев. Сегодня в Беларуси работает около 100 таких специалистов. Использование врачей общей практики позволит на 30% сократить обращения за помощью к специалистам узкого профиля и на 25 % уменьшить количество вызовов скорой помощи. Сэкономленные, таким образом, средства, прежде всего, пойдут на профилактику сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний. Появится и дополнительная возможность обеспечить семейного врача портативным набором необходимых лекарств и мобильной связью.

Наряду с подготовкой врачей общей практики принято решение ввести в медицинских училищах республики курс по подготовке *медсестер и фельдшеров общей практики*.

### 3. Семейный врач и семья

Работа семейного врача содержит множество специфических аспектов, составляющих фундамент этой профессии. Именно в общей медицинской практике существуют хорошие предпосылки уделять *повышенное внимание случаям, которые кажутся незначительными*.

По мнению Schrombgen, 30-40 % случаев в общей медицинской практике являются так называемыми легкими; Fгу говорит даже о 51-68 %. Из них не меньшая доля оценивается врачом как «*банальные*». Необходимо иметь в виду еще и «глубокие слои банального», о которых нельзя забывать семейному врачу и которые являются смыслом его работы. Причины банальных проявлений начинающегося нездоровья надо искать в первую очередь в семье [5].

Valint сознательно выделяет подобные по своей простоте повседневные случаи, встречающиеся на приеме почти у любого врача. Он делает это для того, «...чтобы врач взглянул на свой повседневный опыт другими глазами и осознал, что существуют проблемы, которые, поскольку медицина стремится их игнорировать, ставят

*врачу много ненужной работы, а пациенту – много ненужных страданий и волнений» [10].*

По мнению Carpentier, пациент приходит на прием, чтобы поговорить о чем-то другом. Очень часто пациент надеется получить от врача некоторую дозу обычного человеческого участия. При этом банальные симптомы служат ему входным билетом [5].

В. Ренсберг, рассматривает в качестве такого «входного билета» головную боль. Он пишет: *«Большая часть населения знает головную боль по собственному опыту. При этом, как правило, случайную головную боль не расценивают как болезнь. Лечат ее самостоятельно, часто – анальгетиками, имеющимися в свободной продаже. Однако для 10-20 % населения головная боль представляет серьезную проблему. Достигнув определенного порога интенсивности и/или частоты приступов, она вынуждает обратиться к врачу. Понятно, что при столь эмоционально окрашенном симптоме высота этого порога подвержена значительным индивидуальным колебаниям – от ипохондрии до безразличия» [5].*

Головная боль, как причина обращения к врачу общей практики, по подсчетам Graup и Gopel, находится на 12-м месте с частотой 1,85 %. Статистика показывает, что в 90 % случаев речь идет о пациентах с хроническими функциональными головными болями из нозологической группы мигреней и спастических болей. Согласно теоретическим предположениям авторов, эта группа относится к вазомоторной или психогенной.

Острая головная боль вследствие различных органических причин составляет приблизительно 10 %, чаще всего это патология ЛОР-органов. Новообразования ЦНС, напротив, весьма редко (менее 0,1 % в год) встречаются в общей врачебной практике.

По мнению доктора В. Ренсберга, исходным пунктом для целенаправленного диагностического поиска является *беседа*, которая позволяет очертить границы возможных причин заболевания. Манера и техника беседы должны помочь пациенту предоставить врачу конструктивную информацию о его точке зрения, выразить его собственные взгляды относительно возможных разрешающих факторов. В случае неопределенных или неясных выражений необходим конкретный распрос до получения полной картины. Подобная беседа, может быть, и не дает врачу точного диагноза, но позволяет преодолеть большую часть пути к нему.

Откровенный участливый разговор оказывает на пациента благотворное, лечебное воздействие, убеждая в том, что к его проблемам относятся с пониманием. Правда, врачи знают, что более чем в 90 % случаев головная боль, как и другие «банальные случаи», имеет *безобидную природу*. Тем не менее, 75% пациентов, страдающих головной болью, испытывают страх перед серьезным органическим забо-

лением.

Это значительное расхождение в оценках повода для обращения к специалисту нередко создает напряженность в отношениях «врач – пациент». Пациенты чувствуют, что их воспринимают недостаточно серьезно или оставляют один на один со страхом. Однако готовность откликнуться на кажущуюся необоснованной тревогу позволяет в 2/3 случаев эффективно устранить беспокойство.

Рекомендации и советы врача далеко не всегда находят отклик у пациента, а нередко могут оказать и противоположное действие. Но если семейный врач не будет давать рекомендации, то пациенты ему этого не простят [5].

Главным оружием семейного врача является глубокое знание условий быта, проблем, причин конфликтов в семье как этиологических факторов, способствующих возникновению заболеваний. Но это нельзя вручить ему вместе с дипломом и сертификатом врача общей практики.

Незыблемыми этическими правилами общения семейного врача с пациентом и его окружением являются:

- 1) думать о «глубоких слоях банального»;
- 2) не упускать ни одной мелочи в поведении больного и его родственников, ни одного слова, сказанного ими, ни одной интонации, «смотреть в корень»;
- 3) преодолевать эмоциональные барьеры;
- 4) добиваться полной откровенности;
- 5) оказывать необходимую психологическую поддержку;
- 6) выбирать наиболее доступный и эффективный путь оказания медицинской и социальной помощи.

Важнейшей обязанностью семейного врача является оказание консультативной помощи семье по вопросам иммунопрофилактики; вскармливания, воспитания детей, подготовки их к детским дошкольным учреждениям, школе, профориентации; планирования семьи, психологии, гигиены, социальных и медикосексуальных аспектов семейной жизни.

Прежде чем консультировать других, врач должен обладать не только солидным багажом знаний, но и яркой, образной речью, умением убеждать своих собеседников, учитывать их психологические особенности, возраст, пол, профессию, уровень культуры.

К сожалению, для молодых врачей роль педагога в здравоохранении оказывается неубедительной и малоэффективной. Умению вести беседу, проконсультировать пациента или провести групповую психотерапию у нас, очевидно, учат недостаточно и плохо [8].

В положении о враче общей практики (семейном враче) среди перечисленных видов его деятельности и соответствующих им персональных задач на первом месте стоят профилактика, диагностика, ле-

чение наиболее распространенных заболеваний и реабилитация пациентов.

Осуществляя эту деятельность, врач общей практики (семейный врач) должен уметь не только самостоятельно проводить осмотр, оценивать данные физического обследования пациента, составлять план лабораторного, инструментального исследования, но и интерпретировать результаты анализов крови, мочи, мокроты, желудочного сока, дуоденального содержимого, капрограммы, ликвора; лучевых, электрофизиологических и других методов исследований, а также владеть принципами, методами профилактики и лечения наиболее распространенных заболеваний и реабилитации пациентов [по 9].

От ВОП требуются не только навыки, но и умение, желание выслушать пациента и членов его семьи, сохраняя терпимость к неаргументированным рассуждениям. Не случайно в программах по семейной медицине учебных заведений многих зарубежных стран больше всего уделяют внимание *центральной проблеме медицинской этики, т.е. отношению между врачом и его пациентом.*

В отличие от всех других специальных медицинских дисциплин семейная медицина предполагает *долговременное наблюдение за пациентом*, большее участие в принятии решения о лечении и реабилитации.

*Пациент и его семья* могут по-разному реагировать на болезнь, что необходимо учитывать семейному врачу. Если больной проявляет зрелое понимание своего состояния, сохраняет желание жить и строить планы на жизнь, то он должен ощутить поддержку врача, его ободрение и сочувствие. *Склонность к юмору* — довольно частое отношение к своей болезни. При этом врач должен поддерживать такое отношение, но помнить, что *можно смеяться вместе с больным, но не над больным.*

*Отказ от лечения*, непонимание и неприятие своего состояния требуют от семейного врача активного выявления причин и настоячивых, но не принудительных действий, за исключением случаев, оговоренных законом, когда используют принудительное лечение.

Часто больные требуют избыточного внимания от семьи. В этих случаях врачу надо быть не только твердым в своей, врачебной тактике, но и оказывать постоянную *психологическую поддержку другим членам семьи*. Излишняя эмоциональность, наблюдаемые иногда врачом драматические сцены должны восприниматься им спокойно, выдержанно.

Враждебность и обида, упреки другим, особенно врачам, — обычное поведение для части больных, но оно не должно провоцировать врача на резкие ответы. Понимая причины такого поведения, он должен быть выше и мудрее пациентов. У некоторых людей с хроническими заболеваниями развивается глубокая депрессия, требующая на-



значения лекарственной терапии и постоянной психотерапии.

Обычной практикой для семейных врачей зарубежных стран являются *визиты в семью без предварительного вызова*. Такие встречи позволяют наблюдать врачу всю семью, взаимоотношения в семье, выяснять причины неудач лечения и ухода за больным и объяснять членам семьи возможности улучшения состояния. В процессе разговора семейный врач всегда должен помнить, что болезнь одного члена семьи воздействует на всю семью. Поэтому опытный семейный врач предоставляет возможность высказаться каждому члену семьи, чтобы они могли выразить свои чувства [6].

Важным аспектом работы семейного врача являются *проблемы долгосрочного медицинского обслуживания*: хронические болезни, болезни пожилых людей, инвалидность, опасные для жизни болезни (рак, СПИД), стойкие функциональные нарушения, лечение наркоманов и тяжелых психических заболеваний, организация лечения и ухода за умирающим больным.

Особенности хронических болезней (продолжительное течение, значимость психосоциального окружения и особая требовательность к лечащему врачу) ставят на первое место *проблему сотрудничества врача, семьи и пациента*. Хронически больной человек нуждается в систематическом непрерывном лечении своим домашним врачом. Ему в большей степени нужен домашний врач как *«главный попечитель семьи»*.

С точки зрения медицинской этики в данной ситуации является этически неприемлемым назначение *лишних врачебных «проверок»*. Например, пациент с диабетом, которому необходимо знать уровень сахара в крови, сегодня может делать это сам. Страдающий гипотонией может самостоятельно измерить артериальное давление.

Когда у пациента имеется несколько заболеваний, актуализируется *координирующая деятельность домашнего врача*, который лучше знает семейные, профессиональные, домашние и финансовые условия жизни пациента. В таком случае задачей домашнего врача является направление пациента в соответствующее время к соответствующему специалисту для оценки состояния и начальной терапии. Дальнейшее лечение пациента домашний врач снова берет на себя, при этом он консультируется со специалистом.

Одним из важнейших качеств любого врача (особенно семейного) является *знание границ своей компетенции*. Семейный врач с первых шагов и до конца своей профессиональной деятельности обязан помнить о своих возможностях и умело использовать помощь консультантов, других врачей.

Семейный врач, как никакой другой, может судить о течении заболевания и часто бывает полезен специалисту при диагностике. Глубокое знание течения болезни, ее особенностей у конкретного пациен-

та позволяет сократить количество обследований и расходов, не нанося при этом ущерба пациенту и его семье.

Пациент и его окружение ожидают от семейного врача, особенно при лечении хронических болезней, не только профессиональной компетентности, но и *человечности, сердечности и жизненной мудрости*. Эти факторы также помогают принятию совместных решений, если речь идет о сотрудничестве. При этом начинают играть важную роль и мысль, внушенная врачом, и даже просто присутствие врача, его простое вмешательство в ситуацию. Все это, особенно для пожилых людей, может являться косвенной поддержкой.

Поэтому регулярность при организации лечебного процесса, в первую очередь при установлении сроков предстоящих консультаций или посещений с обязательным их соблюдением, представляет собой важный принцип, способствующий *ощущению непрерывающейся заботы о здоровье*. Даже при отсутствии новой симптоматики цель обыкновенной консультации состоит в том, чтобы сообщить пожилому человеку, что у него по-прежнему «все в порядке» и нет никакой новой опасности.

Домашнему врачу нужно *подробно и всесторонне доводить до сознания больного эффективность лечения*. При этом можно рассматривать как достижение любое изменение в состоянии, если оно не вызвало ухудшения. Эффективность лечения хронических заболеваний зависит от особых тесных отношений между пациентом и врачом, сопереживания и сочувствия. Пациент и его семья нуждаются в полной информации о диагнозе и прогнозе заболевания. Вместе с тем особенности хронического заболевания, перспектива продолжительного лечения и возможные изменения состояния больного, связанные с потерей трудоспособности, вынуждают врача *высказываться о диагнозе и прогнозе осторожно*.

При появлении сомнений и «рекомендаций», которые получает пациент из окружающей среды (средств массовой информации, советов соседей, рекламы экстрасенсов, знахарей и т.д.), домашнему врачу следует открыто, без предубеждения и доступно все это обсудить с пациентом. *Пациент должен надеяться, что даже при плохом прогнозе всегда есть шанс излечения* [8].

Важным и наиболее трудным аспектом деятельности семейного врача является организация ухода и лечение в домашних условиях пациентов с *психическими заболеваниями*. В современных условиях, характеризующихся нехваткой реабилитационных центров и диспансерных медико-психологических служб, занимающихся длительной коррекцией и поддержкой психически больных, основная забота о людях с хроническими психическими нарушениями ложится на их семьи. В такой ситуации семьи нуждаются в постоянной помощи семейного врача.

Дело в том, что психическое заболевание одного из членов семьи является одним из самых сложных и тяжелых испытаний, выпадающих на долю его близких. Исследования в этой области свидетельствуют о том, что более 50% семей в первые 12 месяцев после заболевания близких испытывают чувство тревоги, фрустрации, беспокойства, 40 % – депрессию, ощущения страха, гнева, у 25 % нарастают чувство вины, нарушения сна, симптомы соматических заболеваний. Чаше всего *семья сама нуждается в психокоррекционной помощи.*

В подобных ситуациях семейный врач обязан помочь семье в осуществлении социальных связей, поощрять контакты больного с друзьями, его стремление получить профессию и образование. Семья вынуждена опекать больного в бытовом отношении, если он не может обслужить себя. Семейный врач должен помочь ей быть готовой к столь радикальному изменению ролей и решению новых сложных задач.

Семейный врач в борьбе с болезнью и ее социальными и психологическими последствиями должен опереться на семью как на своего главного помощника, так как она поможет контролировать прием медикаментов, проследить за их побочными действиями, проявлениями заболевания, чтобы не допустить и не пропустить возможного рецидива или резкого ухудшения состояния.

Современные демографические изменения, связанные с возрастанием *пожилых людей*, ставят перед семейным врачом важные задачи. Он должен относиться к пациенту пожилого возраста как к личности со своим прошлым, настоящим и будущим. Контакт семейного врача с таким пациентом улучшится при глубоком понимании врачом некоторых *психологических и патофизиологических аспектов его состояния*:

1) 20% пожилых людей в результате хронического заболевания становится нетрудоспособным;

2) у каждого из 3-х происходит частичное ограничение уровня активности, что наблюдают при сердечно-сосудистых заболеваниях (21,8 %), артрите и ревматических болезнях (20,7 %) и нарушениях зрения (9,5 %) [4];

3) большинство стариков (до 67 %) живут в семьях, 28 % – в одиночестве и только 5 % – в домах для пенсионеров. Примерно половина пожилых людей оказывает финансовую помощь своим детям и внукам, несмотря на резкое уменьшение своих доходов;

4) женатые старики предпочитают жить отдельно от детей, овдовевшие – с детьми, чаще с дочерьми;

5) семейная поддержка чрезвычайно влияет на качество жизни пожилых людей, при этом удовлетворительные отношения их с детьми зависят не от удаленности проживания, а от психологической близости с ними;

6) здоровье пожилых людей и внимание к ним членов семьи иг-

рают решающую роль: здоровье стариков лучше, если лучше отношения между ними и взрослыми детьми;

7) женитьба в преклонном возрасте всегда сопровождается стрессом, иногда – разочарованием. Мотивацией для женитьбы стариков служат желание заботиться друг о друге в случае болезни, помощь в домашней работе и эмоциональная поддержка. Неудовлетворенность женитьбой отмечается в 30 % случаев. Отношения пожилых супругов после женитьбы зависят от влияния окружения, физического и психического здоровья. Дети и внуки часто служат посредниками при конфликтных ситуациях пожилой пары, подобно влиянию последних на молодых, и членов семьи среднего возраста.

Особое место занимает в старости *проблема психического здоровья*. Наиболее частым расстройством в этом возрасте является *депрессия*. Она встречается у 10-65 % пожилых людей. Именно депрессией объясняют высокий уровень суицидных попыток. В связи с этим, *важной деонтологической задачей семейного врача является предотвращение депрессий в пожилом возрасте*.

У многих пожилых людей возможны апатия, угнетение настроения, ипохондрические жалобы. Прогноз при лечении депрессии пожилых людей в отличие от молодых чаще хороший. Большинство стариков реагируют на лечение положительно после снятия стрессовых ситуаций, назначения трициклических антидепрессантов и продолжительная психотерапия требуется редко [4].

Основной проблемой у людей пожилого возраста является *органическое поражение мозга*. Отмечено, что 15 % пациентов в возрасте от 65 до 75 лет и 25 % старше 75 лет имеют признаки органического поражения мозга. Основной причиной считается атеросклероз, однако семейный врач должен помнить о существовании ряда других причин [5].

По данным ВОЗ, одним из наиболее частых заболеваний у лиц пожилого и старческого возраста является *болезнь Альцгеймера*. Ее распространенность сопоставима сейчас с частотой инфарктов миокарда и инсультов у пожилых людей. Вследствие особой тяжести медицинских и социально-экономических последствий болезни Альцгеймера, разрушающей не только интеллект, но и психическую деятельность и саму личность пациента, она признана *одной из главных медицинских и социально-экономических проблем современного цивилизованного мира*.

Поэтому необходимо считать *деонтологической обязанностью семейного врача* знание первых признаков болезни Альцгеймера, а также организация ее своевременного лечения, включая помощь психиатра.

Одной из серьезных для семейного врача является также *проблема алкоголизма и избыточного приема лекарств в пожилом возрасте*. Дело в том, что в возрасте старше 60 лет находятся 10 % алкоголиков.



Интересно в этой связи отметить, что:

- лица, умеренно употребляющие алкогольные напитки, сохраняют сравнительно хорошее состояние здоровья;
- заболевшие алкоголики пожилого возраста лучше реагируют на проводимую лекарственную терапию по сравнению с молодыми пациентами;
- пожилым пациентам назначают до 225 миллионов лекарственных средств в год, включая 180 миллионов препаратов, улучшающих настроение, и антидепрессанты. В связи с этим перед пожилыми пациентами встает проблема лекарственной зависимости, особенно к снотворным [5].

При лечении лиц пожилого возраста семейный врач должен помнить об *основных правилах назначения им лекарств*:

- каждый лекарственный препарат должен иметь строгие показания;
- лекарств должно быть как можно меньше;
- доза должна соответствовать изменившимся физиологическим процессам в организме;
- режим лекарственной терапии должен быть простым [5].

При проведении фармакотерапии семейный врач обязан хорошо знать, какие возрастные анатомические и функциональные изменения происходят в сердце, легких, почках, желудочно-кишечном тракте, опорно-двигательном аппарате, органах слуха, зрения и т.д. и в соответствии с этим не только строить тактику и стратегию лечебного процесса, но и вносить соответствующие изменения в свое поведение.

При этом он должен помнить, что старые люди нуждаются в общении, в проявлении внимания не меньше, чем в лечении. Иными словами, *наиболее важным, эффективным и значительным «лекарственным средством» в семейной медицине считается сам врач*.

Здесь уместно отметить, что в отличие от наших участковых врачей зарубежные врачи общей практики значительно реже используют лекарственную терапию. В силу этого в практике зарубежных семейных врачей и значительно реже, чем у нас, встречается *лекарственная болезнь*.

Одной из серьезных в практике семейного врача проблем необходимо отнести *проблему лекарственной зависимости*. Важными компонентами лекарственной зависимости являются психическая и физическая зависимость, развитие устойчивости (толерантности) к обычной дозе и наличие абстиненции, или синдрома отмены, при остановке лечения. Для семейного врача крайне важно как можно раньше выявить у пациента лекарственную зависимость и при обнаружении таковой желательно направить его в специализированный центр для проведения курса лечения [4].

В своей работе врачу общей практики приходится оказывать *неотложную (экстренную) медицинскую помощь*. От него в таких случаях требуется умение самостоятельно диагностировать патологию и оказывать неотложную (экстренную) помощь на догоспитальном этапе, а также определять тактику дальнейшей медицинской помощи при многих неотложных состояниях (шок, обморок, коллапс, кома и др.). При этом он должен соблюдать *общие правила поведения в экстренных случаях*:

- быть активным (действовать, но не поддаваться панике и сохранять спокойствие);
- демонстрировать компетентность;
- никогда не предоставлять пациента самому себе;
- успокаивать пациента и его близких.

ВОП должен при экстренных случаях руководствоваться следующими *общими принципами действий*:

- стремиться не навредить;
- принимать быстрые диагностические решения;
- использовать, по возможности, сдержанную терапию во избежание нежелательных или излишних реакций;
- уметь импровизировать;
- использовать проверенные прогностические сообщения;
- адекватно реагировать и учитывать личные интересы пациента;
- выбирать самое необходимое и эффективное из средств медикаментозной и немедикаментозной терапии [5].

Кроме помощи пациенту на семейном враче лежит еще *обязанность оказания помощи другим членам семьи*. Обычно острое и тяжелое заболевание одного из членов семьи сказывается на здоровье других ее членов далеко не самым лучшим образом, и может потребоваться не только психотерапия, но и лекарственная помощь.

Одной из важных проблем в деятельности семейного врача является проведение *рациональной диетотерапии*. Семейный врач должен быть осведомлен в вопросах питания, использования различных диет, назначения витаминов, пищевых добавок, пищевой аллергии. Диетические рекомендации составляют жизненно необходимый компонент лечения сахарного диабета, ишемической болезни сердца и язвенной болезни желудка. Избыточное потребление калорий и ожирение представляют серьезную проблему в ежедневной работе семейного врача. При этом он должен предупреждать о недопустимости самолечения, особенно при тяжелых неизлечимых заболеваниях. Здесь его рекомендации должны быть категоричными.

Настоящие семейные врачи, подобно известному харьковскому офтальмологу Л.Л. Гиришману, могут сказать: «*У меня нет последнего часа работы, а есть последний больной, ожидающий приема*» [по 9].

### *Литература*

1. Авксентьева М.В. Семья и болезнь. — М., 1994.
2. Галкин В.А., Кривошеев Г.Г., Намаканов В.А. Семейная медицина. Теория и практика. — М., 1991.
3. Молль А. Врачебная этика. Обязанности врача во всех отраслях его деятельности / Пер. с нем. — СПб., 1903. — 414 с.
4. Общая врачебная практика (семейная медицина) / Под ред. С.А. Симбирцева, Н.Н. Турина. — В 2-х т. — СПб., 1996.
5. Общепрактическая и семейная медицина / Под ред. М. Кохена. — Пер. с немец. — Минск, 1997.
6. Опыт семейной практики в ряде зарубежных стран. — М., 1992.
7. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкий В.В. Семейная психотерапия. — Л., 1990.
8. Эльштейн Н.В. Медицина и время. — Таллинн. — 1990. — 352 с.
9. Яровинский М.Я. Лекции по курсу «Медицинская этика» (биоэтика): Учебное пособие. — М.: Медицина, 2000. — 256 с.
10. Balint M. Der Arzt, sein Patient und Krankheit. — Klett, Stuttgart, 1976.

## ЛЕКЦИЯ 8. МЕЖКОЛЛЕГИАЛЬНЫЕ ОТНОШЕНИЯ В МЕДИЦИНЕ

### 1. Отношения между врачами

Развитие медицины естественным образом сопровождалось и сопровождается неуклонным увеличением количества врачей. Это вынуждает медицинское сообщество начать выработку определенного морально-этического кодекса взаимоотношений между собой. У истоков его стоял основоположник медицинской этики Гиппократ.

В своих «Наставлениях» он говорит: *«Врачи, вместе осматривающие больного, не должны ссориться между собою и высмеивать друг друга. Ибо, я с клятвой заверяю, суждение одного врача не должно возбуждать зависти другого; это означало бы показывать свою слабость...»* [5].

Наставления Гиппократа были знакомы врачам Средневековья. Не смотря на это ссоры между коллегами, осмеяние способностей конкурента, зависть не исчезали с течением времени. Так, средневековый врач Иаков Зелон в своей молитве обращается к Богу: *«... Огради меня от ненависти и ссор. Не допусти, чтоб я стал завидовать другим и чтобы другие завидовали мне. Установи между мною и другими врачами любовь, братство, мир и доброе сотрудничество. Не допусти, чтобы я был пристыжен или опозорен перед ними, сделай так, чтобы они меня уважали. Сделай меня более мудрым, чем мои враги. Пусть голова моя будет возвышенней, чем головы окружающих меня врагов, благодаря моей учености и знаниям... Не допусти, чтобы мои коллеги ошибались, а я радовался этому. Но если они совершат зло в своей работе, да будет воля твоя, чтобы я молчал и не разоблачал их плохие поступки, но исправляя зло, содеянное ими»* [11].

Коллега (латинское *collega*) — товарищ по работе, по профессии, должности или званию. От этого слова происходят такие слова, как *коллегиальность* (форма руководства, состоящая в том, что управление осуществляется не единолично, а группой лиц — коллегией), *коллегиальный* (не единоличный, осуществляемый группой лиц), *коллегия* (официально установленная группа лиц, образующих какой-либо административный и распорядительный или совещательный орган, например, коллегия министерства).

По мнению профессора М.Я. Яровинского, в основе всех этих слов «...просматривается желание установить товарищеские, дружеские отношения ради совместного дела. Этому должны были способствовать и молитвы, клятвы, присяги как наиболее распространенные формы моральных обязательств, которые можно отыскать в истории медицины каждой страны.

Очевидно, вопрос о взаимоотношениях врачей был всегда столь



важен, что решать его пытались и с помощью божьей, и привлечением авторитетнейших врачей всех времен и народов» [10].

Еще 2500 лет назад, пытаясь уменьшить раздоры между врачами, великий Гиппократ наставлял своих коллег: *«Нет ничего постыдного, если врач, затрудненный в каком-либо случае у больного и не видя ясно по причине своей неопытности, просит пригласить других врачей, с которыми он мог бы совместно выяснить положение больного и которые посодействовали бы ему найти помощь...»* [1].

Во времена Гиппократа уже существовало слово «консилиум». Оно происходит от древнеримского бога Конса, который был покровителем зрелых колосов и зрелых мыслей. Его именем называли собрания зрелых мужей, дающих зрелые, мудрые советы (консилиумы), а собирались они в консультациях. Медицинский консилиум, выражаясь современным языком, представляет собой «временный научный коллектив». Право современного пациента на консилиум закреплено в законодательстве многих стран. В международных декларациях по медицинской этике оно высказывается в форме *права пациента на «второе мнение»*.

О взаимоотношениях между врачами писал Л.Н. Толстой в романе «Война и мир». Лечившие до М.Я. Мудрова Наташу Ростову доктор *«ругались между собой, осуждали один другого»*. Такие отношения могли быть вызваны не только стремлением врачей правильно поставить диагноз, но и конкуренцией между ними.

«Конкурент» (от лат. concurre – бежать вместе) и «конкурс» (лат. concursus – сход, столкновение) – слова, близкие по звучанию и по глубинному смыслу. Законы конкуренции заставляют не только «бежать вместе, сходиться», но и предполагают столкновение интересов, в первую очередь экономических [10].

А. Молль во «Врачебной этике» писал: *«Нередко утверждают, что нигде нет такого неколлегиального настроения, нигде не встречаются так часто зависть, недоброжелательство и сварливость, как в среде врачей. Но зависть и недоброжелательство – человеческие свойства, которые встречаются повсюду; разумеется, чаще всего они имеют место по отношению к товарищам по профессии»*.

Это имеет два основания. Во-первых, они между собою конкуренты, и поэтому зависть и недоброжелательство особенно концентрируются в отношениях между товарищами по профессии. Во-вторых, представитель какой-либо профессии особенно ясно видит или, скорее, ему кажется, что он видит, как незаслужен успех некоторых лиц той же профессии» [5].

Знаменитый английский врач Т. Персиваль выпустил в 1803 году книгу «Медицинская этика. О профессиональном отношении к больницам и другим медицинским благотворительным учреждениям», в которой значительное внимание уделил проблеме взаимоотношений

медиков. «Медики любого благотворительного учреждения являются в какой-то степени ответственными и хранителями чести друг друга. Поэтому ни один врач или хирург не должен открыто говорить о происшествиях в больнице, что может нанести вред репутации кого-нибудь из его коллег...

Ни одно профессиональное обвинение ни одному из помощников не может быть сделано врачом или хирургом ни публично, ни в частной беседе, не обратившись предварительно с жалобой к представителям медицинской профессии этого учреждения, чтобы они могли вынести суждение об обоснованности его выводов и о мерах, которые следует предпринять...

Следует избегать непрошеного вмешательства в лечение больного, находящегося на попечении другого врача. Не следует задавать никаких назойливых вопросов относительно пациента; не следует давать непрошенные советы, относящиеся к болезни или способам ее лечения; нельзя вести себя эгоистично, стараясь прямо или косвенно уронить доверие пациента к врачу или хирургу...».

Почти двести лет прошло после выхода в свет книги Т. Персиваля, но и сегодня можно уверенно сказать, что ни одна из его рекомендаций не устарела. В своей книге Т. Персиваль поднял впервые в медицинской этике и вопрос о коллективной моральной ответственности всех медицинских работников за судьбу пациентов, попавших в их больницу [12].

В начале XIX века коллегиальные отношения стали входить во все более сильные противоречия с личными интересами отдельных врачей, так как во всяком другом они видели конкурента. Окончательному разрыву врачей между собой мешало развитие медицины. Когда ее границы расширились неимоверно, появилась специализация и врачи были вынуждены объединиться в коллективы. При сложном заболевании в одиночку они не могли оказывать помощь на современном уровне.

В начале XX века особенностям взаимоотношений врачей посвятил целую главу своей книги «Врачебная этика. Обязанности врача во всех проявлениях его деятельности» А. Молль. В «Сословных вопросах» он писал: «Положение врачебного сословия точно так же, как и других сословий – адвокатского, судейского, духовного и вообще образованных классов – значительно падает, и уважение к врачам уменьшается. Это явление находится в известной связи, с одной стороны, с расцветом капитализма, а с другой стороны – с ростом могущества физического труда. Интеллектуальная деятельность все больше и больше приобретает рыночную цену. Эта деятельность, которая раньше нередко представляла собой почетную обязанность и не подлежала оплате, теперь оценивается на деньги» [5].

По мнению А. Молля, незтичным является для врачей реклами-

ровать свою деятельность в каких-либо формах. Посещение пациента другим врачом без ведома лечащего врача является, как он считает, нарушением обязанности по отношению не только к последнему, но и ко всему сословию вообще. Он пишет о недопустимости с этической точки зрения применения врачом «секретных средств» (не утвержденных в официальном порядке).

А. Молль считает «...недостойным *врачебного сословия поступком совместно с не врачом лечить больного...*». Сегодня, когда различные экстрасенсы, колдуны, шаманы, хиропрактики вместе с врачами занимаются лечением больных, эти мысли являются очень актуальными. *По закону только специалист, имеющий медицинское образование и сертификат, может заниматься медицинской деятельностью.*

## 2. Отношения между врачами и медицинскими сестрами

Важным этическим аспектом деятельности врачей является их отношения к медицинским сестрам.

Еще Н.И. Пирогов подчеркивал, что «*наша сестра милосердия... не должна быть православной монахиней. Она должна быть простая, богопочтительная женщина с практическим рассудком и с хорошим техническим образованием, а притом она непременно должна сохранить чувствительное сердце*» [7].

Высокие моральные качества, высокая духовность были неотделимы в общественном сознании от профессии сестры милосердия и определяли уважительное отношение к ней в обществе и в тех коллективах, где эти сестры работали. К сожалению, одним из первых мероприятий Советской власти было не только уничтожение общин сестер милосердия, но и отмена наименования такой профессии. На смену сестринским школам пришли медицинские политехникумы. Технике человеческих взаимоотношений, общения с пациентами, с коллегами медсестрам приходилось учиться только на практике.

В то время как в зарубежном здравоохранении все более утверждалась в правах *концепция равных, партнерских отношений врача и медсестры*, в Советском Союзе медсестра продолжала рассматриваться только как помощник врача.

По мнению профессора М.Я. Яровинского, хороший *партнер* (от франц. «*parten*» – часть, доля, участие в чем-либо) одинаково необходим в игре, танцах, любви, но особенно он нужен в современной медицине, так как надежность партнера (ассистента, медсестры) зачастую определяет успех лечения, операции, диагностической или профилактической процедуры. Современные медсестры не только участвуют в лечении, но и вносят в него свою, очень важную часть, долю труда, без которой не может обойтись ни самый замечательный

хирург, ни самый гениальный терапевт [10].

Подтверждением необходимости повсеместного утверждения партнерских отношений в медицинских коллективах является появление *медсестер с высшим медицинским образованием*. Наличие того факта, что в наших условиях труд дипломированных медсестер оплачивается пока ниже труда врачей с аналогичным стажем работы или одинаковой квалификационной категории, не дает никакого права врачам, руководителям медицинских учреждений смотреть на медсестер свысока.

В отношениях между врачом и медицинской сестрой не должно быть места заносчивости, презрению, постоянному подчеркиванию своего преимущественного положения в работе, приказному тону. Наряду с этим не менее вредной является излишняя фамилльярность (чрезмерная непосредственность отношений), которая уже мешает работе.

Известный венгерский психотерапевт И. Харди в своей монографии «Врач, сестра, больной» пишет: *«Споры в присутствии больных, громкие замечания в палатах, презрительность тона, нотации вредны во всех отношениях. Большой ошибкой в работе многих отделений до сих пор является то, что работу сестер там все еще считают механической, думают, что для исполнения порученных им задач достаточно лишь одних навыков, опыта»*.

*А ведь давно доказано, какую огромную роль играет сестра в лечебной деятельности, в уходе за больными. Нужно постоянно напоминать об этом всем сестрам, работающим в коллективе, помогать им как можно полнее раскрывать свои способности»* [9].

### **3. Отношения между преподавателем и студентом медицинского ВУЗа**

К системе межколлегальных отношений в медицине можно отнести взаимоотношения в диаде «студент – преподаватель» (доцент, ассистент), возникшей при появлении медицинских факультетов университетов. В лучших медицинских школах из поколения в поколение передавалась традиция глубочайшего уважения к Учителю. Влияние профессоров в студенческие годы является, несомненно, решающим фактором в окончательном выборе направления врачебной деятельности.

Клинические, научные школы, созданные замечательными учеными-медиками, из поколения в поколение передавали, как эстафетную палочку, лучшие традиции своих основоположников. Эти коллективы создавали люди, имевшие не только научный, но и высочайший моральный авторитет.

Н.И. Пирогов в своем «Дневнике старого врача» писал, что



*«...для учителя такой прикладной науки, как медицина, имеющей дело со всеми атрибутами человеческой натуры, ... необходимо, кроме научных сведений и опытности, еще добросовестность, приобретаемая только трудным искусством самосознания, самообладания и знания человеческой натуры» [7].*

Ярким примером того, какими должны быть взаимоотношения учителя и педагога, может служить студенческий отзыв об одном из основоположников отечественной педиатрии профессоре Н.Ф. Филатове. В 1854 году по случаю чествования знаменитого профессора студенты поднесли ему адрес, в котором говорилось: *«... Двери Вашей клиники всегда широко открыты для желающих учиться; студент находит здесь во всякое время полную готовность со стороны Ваших помощников поделиться своими знаниями. Вы сами, при своей доступности, становитесь в отношении к нам на ступень старшего товарища, близко принимающего к сердцу интересы своих младших коллег и всегда готового помочь им словом, и делом в деле уразумения научных истин.*

*Вы чужды самонадеянной гордости ученого. Вы не стыдитесь говорить о своих недоразумениях, не стыдитесь сказать «не знаю», на каждом шагу проверяете себя, всюду вносите свой разумный, строгий, но беспристрастный критический анализ и этим указываете нам верный путь к истине. Вы стоите перед нами живым примером того, как нужно трудиться, и уже одно это имеет такое громадное воспитательное значение, какое не всегда имеют прекрасно задуманные и увлекательно прочитанные лекции...» [6].*

Взаимоотношения учителя и ученика в медицине не всегда бывают нормальными. Так, известный хирург Ру, который был учеником знаменитого профессора Кохера, на каком-то этапе счел, что учитель его «затирает». Они расстались. Спустя некоторое время у Ру появились признаки рака желудка. Он дал указание оперировать себя своему старшему ассистенту, но никому о болезни не рассказывать.

Однако последний, учитывая серьезность операции, сообщил об этом Кохеру, который решил, что оперировать своего ученика должен он сам. После наступления наркоза Кохер блестяще провел операцию и уехал. Ру узнал обо всем лишь через две недели. Он поехал к Кохеру, извинился перед тем, кто, как он выразился, всегда учил его благородству, и в присутствии большой аудитории поцеловал своего учителя руку [по 10].

#### **4. Этико-психологические аспекты взаимоотношений в медицинском коллективе**

Говоря о взаимоотношениях медицинских работников, помимо медицинской этики они регламентируются также законодательными

актами, должностными инструкциями, распорядительными документами органов управления здравоохранением и т.д. При этом необходимо помнить, что на эти отношения оказывают влияние и социальные (коллективные) законы.

С точки зрения психологии «коллектив» (от лат. *collectivus* – собирательный) представляет собой совокупность людей, объединенных одинаковыми целями, в частности это объединение людей, связанных постоянной совместной работой или деятельностью.

В медицине коллективами являются больница и поликлиника, отделение и лаборатория, курс медицинского института и училища. В них, как и в любых других социальных группах, действуют определенные социальные законы, позволяющие говорить о «коллективном разуме», «коллективном мнении», «коллективном руководстве».

В основе взаимоотношения между медиками в коллективе лежит *единая цель* – помощь в сохранении здоровья и благополучия пациентов. Для медицинского коллектива, как и для любого другого, характерна целостность, позволяющая ему действовать как единое целое и обладать качествами, проявляющимися при взаимодействии личностей.

*Дифференциация и специализация медицинской деятельности* способствует тому, что медики, как члены коллектива, часто утрачивают целостное видение результата своего труда. Коллектив современной больницы или поликлиники, состоящей из множества подразделений, в которых работают люди различных специальностей, должен понимать, что конечной целью его работы является не план койко-дней или профилактическим осмотрам, а здоровье людей.

Качество работы медицинского коллектива может определяться формой и качеством кооперации труда каждого сотрудника. Р. Штольберг (1982) выделяет следующие технологические *формы кооперации*:

- работа выполняется индивидуально, межличностные контакты незначительны и возможны лишь в определенное время (например, в перерывах);
- работа совершается группой лиц, которые выполняют одинаковые или сходные операции и функционально не связаны друг с другом;
- работа совершается группой лиц, каждое из которых в цепи взаимосвязанных операций выполняет отдельную функцию, причем члены рабочей группы тесно связаны друг с другом функционально, межличностные контакты, как правило, широки и, вследствие взаимной зависимости, даже необходимы [3].

В медицине сосуществуют различные виды кооперации. При правильно налаженной кооперации усилий каждого члена коллектива может повышаться эффективность труда медицинских работников.

Если в коллективе пренебрегаются морально-этические принципы взаимоотношений, то это может привести к снижению репутации коллектива и большим издержкам в работе.

Современный медицинский работник должен владеть искусством поведения в обществе, в коллективе, в своей работе с пациентами. Своеобразным помощником для него может служить книга Д. Карнеги «Как завоевывать друзей и оказывать влияние на людей». Мы разделяем точку зрения профессора М.Я. Яровинского, согласно которой особенно важны в этой книге *«Девять правил, соблюдение которых позволяет воздействовать на людей, не оскорбляя их и не вызывая у них чувства обиды»*.

1. Как критиковать, не возбуждая при этом ненависти к себе? Указывайте на ошибки других – не прямо, а косвенно.

2. Сначала поговорите о собственных ошибках, а затем уже критикуйте своего собеседника.

3. Никто не любит, когда ему приказывают.

4. Давайте людям возможность спасти свой престиж.

5. Как вдохновить людей на достижение успехов? Выражайте людям одобрение по поводу малейшей их удачи и отмечайте каждый их успех.

6. Будьте чистосердечны в своей оценке и щедры на похвалу.

7. Создавайте людям хорошую репутацию, которую они будут стараться оправдать.

8. Делайте так, чтобы ошибка казалась легко исправимой. Прибегайте к поощрению.

9. Добивайтесь, чтобы люди были рады сделать то, что вы предлагаете [2].

Эти рекомендации содержат многое из того, что включают в себя морально-этические кодексы разных времен и народов и что подтверждено исследованиями по социальной психологии последних десятилетий. Они похожи на те рекомендации, что содержатся в различных руководствах по менеджменту – дисциплине, давно возникшей и получившей широкое развитие в западном деловом мире.

В нашей стране *менеджмент* (management – управление), как комплексный процесс планирования, организации, мотивации и контроля, необходимый для того чтобы сформулировать и достичь целей организации, предприятия, проекта и т.д. получил должное развитие лишь в последние десятилетия.

Среди факторов, влияющих на взаимоотношения в коллективе, можно выделить *стресс*. Дело в том, что человек на протяжении всей своей жизни подвергается непрерывному воздействию стресса, сопровождающему радость и горе, страх и восторг, работу и безделье. Жизнь без стрессов невозможна, но от уровня воздействия стрессов, их частоты и продолжительности зависит не только состояние здоро-

вья, но и продолжительность жизни человека.

В данном случае нас интересуют стрессы, связанные с медицинской деятельностью, причины возникновения которых находятся в области морально-этических проблем.

Специалисты по менеджменту выделяют несколько *причин стресса*.

1. *Перегрузка или недостаток работы*. В наших условиях чаще бывает первое, как правило, из-за неукomплектованности штатов. Конфликт ролей возникает в тех случаях, когда к работнику предъявляют противоречивые требования, когда нарушается принцип справедливости и единоначалия. Эта ситуация знакома нашим медсестрам, которые испытывают давление со стороны многочисленных начальников.

2. *Неопределенность ролей* (роль — социальная функция личности, соответствующий принятым нормам способ поведения людей в зависимости от их статуса и позиции в обществе).

3. *Скучная, однообразная, монотонная работа*, не дающая возможности проявить свои способности, знания, опыт.

4. *Физические факторы* (освещенность, температура и влажность воздуха, неприятные запахи и т.д.).

5. *Личностные факторы*. По этому поводу И.А. Крылов писал: «Чем нравом кто дурней, тем более кричит и ропщет на людей, не видит добрых он, куда не обернется, а первый сам ни с кем не уживется».

Психологическая совместимость людей одинаково важна и для полетов в космос, и для организации полноценного врачебного процесса.

*Для снижения уровня стресса*, как считают специалисты по менеджменту, необходимо:

- разработать (установить) приоритеты в работе, твердо решить, что следует сделать сегодня, на этой неделе и т.п.;
- научиться говорить «нет», когда достигнете предела;
- наладить отношения с руководителем. Научиться его уважать, ваши приоритеты, нагрузку и давать обоснованные поручения;
- не соглашаться с кем-либо, кто предъявляет противоречивые или невыполнимые требования, но не занимать агрессивной позиции;
- сообщить, когда стандарты, оценки, ожидания не ясны;
- обсудить, как повысить интерес к работе;
- найти каждый день время для отключения и отдыха.

В профилактике стрессов особое значение принадлежит *роли руководителя*. Для оптимизации управления коллективом руководитель должен:

- 1) оценить способности, потребности и склонности своих работников и попытаться выбрать для каждого из них соответствующий



объем и тип работы;

2) разрешать своим работникам отказываться от выполнения какого-либо задания, если для этого есть достаточные основания. Если задание все-таки необходимо выполнить, то объяснить эту необходимость;

3) четко определить конкретные зоны полномочий, ответственности и ожидаемые результаты;

4) использовать стили руководства (лидерства), соответствующие данной ситуации: эксплуататорско-авторитарный, благосклонно-авторитарный, консультативно-демократический, основанный на участии;

5) обеспечить вознаграждение (материальное, моральное) за хорошую работу;

6) выступать в роли наставников по отношению к своим подчиненным, развивая их способности и обсуждая с ними сложные вопросы [4].

Применительно к медицинскому коллективу эти рекомендации касаются, прежде всего, *главного врача* лечебно-профилактического заведения (раньше в России его называли «наипервейшим врачом»). В наших условиях это чаще всего организатор здравоохранения, занимающийся больше административно-хозяйственной работой, чем лечебной.

В условиях многопрофильной больницы он не может быть самым авторитетным специалистом по всем направлениям, по которым оказывается там помощь. Тем не менее, это должен быть духовный руководитель коллектива, от которого зависит и качество, и эмоциональный настрой работы, а его поведение должно служить примером для врачей и сестер.

К сожалению, еще широко распространено правило, что при назначении главного врача, при оценке качества его работы чаще всего вспоминают об организационных способностях, умении «выколотить» необходимые штаты, средства, технику, чем о знании социальной психологии и медицинской этики. В любом «работающем» медицинском коллективе невозможно избежать не только стрессов, но и конфликтов.

*Конфликты* (от лат. *conflictus* — столкновение, распря, разногласие, спор, грозящий осложнениями) бывают:

– *дисфункциональными*, которые приводят к уменьшению удовлетворенности работой, ослаблению сотрудничества между группами и, в конечном счете, к снижению эффективности деятельности организации, группы, коллектива;

– *функциональными*, которые повышают эффективность деятельности организации, позволяют выяснить амплитуду взглядов и достигнуть в конечном результате согласия.

Различают также внутриличностные, межличностные, внутригрупповые и межгрупповые конфликты. Для каждого из них существуют соответствующие меры профилактики или разрешения конфликта.

*Внутриличностные* конфликты возникают при неудовлетворенности работой, недостаточной уверенности в себе, воздействии стресса. Разрешению этих конфликтов может способствовать постоянная работа над собой, самовоспитание.

*Межличностный* конфликт может являться результатом различия характеров, взглядов, ценностей, целей. Иногда такой конфликт возникает из-за ограниченности ресурсов, различий в целях, представлениях, ценностях, манере поведения, жизненном опыте. Его причиной могут быть незнание, домыслы, слухи, сплетни (неудовлетворительные коммуникации).

*Отрицательными последствиями конфликтов* являются:

- снижение производительности труда;
- неудовлетворенность и ухудшение морального состояния;
- увеличение текучести кадров;
- плохая репутация («склочный коллектив»);
- снижение социального взаимодействия.

Конфликты могут иметь и *положительное значение*. Они могут заставить руководство:

- обратить внимание на какую-то проблему;
- заняться более интенсивно поиском решений каких-то задач;
- выявить разнообразие мнений при принятии решений;
- улучшить сотрудничество в будущем.

*Среди стилей разрешения конфликтов* выделяют уклонение, сглаживание, принуждение, компромисс, уступки до некоторой степени другой точке зрения и устранение причины конфликта.

По мнению профессора А.В. Сумарокова, для разрешения конфликтов можно использовать учение Будды, его *семь правил примирения*:

- 1) при обсуждении предмета спора сидеть лицом к лицу;
- 2) «припоминание»: стороны должны вспомнить самое начало конфликта во всех деталях с участием очевидцев;
- 3) «неупрямство», т.е. каждая сторона должна проявить волю к разрешению спора;
- 4) «добровольное покаяние», т.е. спорящим нужно найти именно свои собственные ошибки, с этого может начаться примирение;
- 5) «принятие решений», которые доводятся до всех присутствующих и считаются принятыми, если не возникает возражений;
- 6) решение становится обязательным;
- 7) «покрытие грязи соломой» — предусматривало выступление авторитетнейших участников спора и обеих сторон, призывающих к примирению и взаимному прощению.

Как современный разумный человек должен жить и работать в коллективе? На этот вопрос не без успеха пытается ответить в своей книге «Стресс без дистресса» Г. Селье. В ней он дает множество мудрых и точных советов, которыми смело может воспользоваться наш современник.

*«Философия труда ради завоевания доброжелательного отношения применима к любой профессии... Трудность в том, чтобы среди всех работ, с которыми вы способны справиться, найти одну – ту, что нравится больше всех и ценится людьми. Человек нуждается в признании, он не может вынести постоянных порицаний, потому что это больше всех других стрессоров делает труд изнурительным и вредным...»*

*Долг – это добровольно принятый кодекс поведения. Его главная цель – стабилизировать линию поведения с помощью правил, которые мы уважаем и думаем, что их будут уважать другие. Мы должны быть уверены, что, следуя этому кодексу, не только достигнем самовыражения, но и завоеваем любовь ближних... Чтобы придать жизни смысл и определенную направленность, нам нужна возвышенная отдаленная цель. Она должна непременно иметь две черты: 1) требовать упорного труда (иначе цель не будет способствовать самовыражению); 2) плоды этого труда не должны быть мимолетными...*

*Несгибаемая и непоколебимая приверженность кодексу чести... Бескорыстная филантропия, забота о детях, доброта к животным, стремление исцелять, короче говоря, желание помогать другим без каких-либо задних мыслей... Стремись к самой высшей из доступных тебе целей. И не вступай в борьбу из-за безделиц... Заслужи любовь ближнего... Для любого человека простейший способ достигнуть этой цели – стараться быть как можно полезнее...» [8].*

### **Литература**

1. Гиппократ. Клятва. Закон о врачах. Наставления / Пер. с греч. В.И. Руднева. – Мн.: Современный литератор, 1998. – 832 с.
2. Карнеги Д. Как завоевывать друзей и оказывать влияние на людей. – Л., 1991.
3. Коллектив и личность / Под ред. К.И. Платонова. – М., 1975.
4. Мескон М., Альберт М., Хедоури Ф. Основы менеджмента. – М., 1992.
5. Молль А. Врачебная этика. Обязанности врача во всех отраслях его деятельности / Пер. с нем. – СПб., 1903. – 414 с.
6. Молчанов В.И. Н.Ф. Филатов. К 100-летию со дня рождения. 1847-1947. – М., 1947.
7. Пирогов Н.И. Сочинения. В 2 т. – Киев, 1910.
8. Селье Г. Очерки об адаптационном синдроме / Пер. с англ. – М.:

Медгиз, 1960. – 275 с.

9. Харди И. Врач, сестра, больной. Психология работы с больными. – 5-е изд., перераб. И доп. – Будапешт: Изд-во Академии наук Венгрии, 1988. – 338 с.

10. Яровинский М.Я. Лекции по курсу «Медицинская этика» (биоэтика): Учебное пособие. – М.: Медицина, 2000. – 256 с.

11. Ethioni M.B. The Phisician's Creed. – Springfield, 1973.

12. Percival's Medical Ethics / Ed. Ch.D. Leake. – Baltimore, 1927.



## ЛЕКЦИЯ 9. МЕДИЦИНСКИЕ ОШИБКИ И ЯТРОГЕНИИ

### 1. Медицинские ошибки

Один из врачей древности говорил, что *медицина является историей человеческих ошибок*. Возможно, он имел в виду то печальное обстоятельство, что многие избирают профессию медика, не имея для этого никаких оснований, Мотивацией при этом служит дань моде или уступки прихотям родителей. Это может стать для них роковой ошибкой, за которую потом расплачиваются всю свою жизнь, но расплачивается чужими загубленными жизнями.

По мнению профессора М.Я. Яровинского, невежды и коновалы, случайные люди в медицине были в древние времена, есть они и сегодня. Никаким дипломом, аттестатом, лицензией нельзя восполнить отсутствие человеколюбия или способности к состраданию [10].

Врачи-профессионалы во все времена понимали, что никто не может обойтись без ошибок. *«Врач, совершающий лишь небольшие ошибки, получит мое искреннее одобрение. Только мелкий ум старается избежать неприятностей, глубокому же уму подобает признаваться в содеянных ошибках»*, – писал древнеримский врач А. Цельс [3].

#### 1.1. Понятие врачебной ошибки

Среди ошибок, совершаемых медицинскими работниками, основное место занимают врачебные ошибки. Это вызвано тем, что они чаще всего затрагивают интересы пациентов и находятся в центре внимания общества.

В медицинской литературе под *врачебной ошибкой* понимают действия врача, имеющие в своей основе несовершенство современной медицинской науки, объективные условия работы, недостаточную квалификацию или неспособность использовать имеющиеся знания [8].

Профессор Н.В. Эльштейн считает, что к этому определению необходимо добавить *бездействие*. В конечном счете, одни и те же причины могут приводить как к неправильному действию, так и к бездействию. Причем бездействие является причиной жалоб и возбуждения судебных дел против врачей гораздо чаще, чем те или иные действия [8].

*Основным признаком*, определяющим ошибку, является невозможность для данного врача предусмотреть и предотвратить ее последствия.

Поэтому *вне зависимости от исхода за ошибку врач в уголовном порядке обычно не наказуем*. Уголовные кодексы всех бывших рес-

публик СССР, а также многих других государств не содержали понятия «врачебная ошибка». Подобный подход в мировой практике не является, однако, общепринятым.

Так, в США, Германии, Франции и некоторых других странах пациенты и их родственники требуют от врачей материальной компенсации за дефекты обследования, диагностики и лечения. Поэтому во многих странах принято *страхование врачей* на случай привлечения их к материальной ответственности. В США, например, эта цифра достигает миллиардов долларов.

### **1.2. Причины и пути искоренения врачебных ошибок**

При анализе характера и причин ошибок необходимо учитывать конкретные условия, в которых они были допущены. Иногда бывает крайне сложно отличить ошибки от *несчастных случаев и врачебных преступлений*. При неясных и спорных обстоятельствах приходится прибегать к высококвалифицированной судебно-медицинской экспертизе. Окончательное решение по таким случаям выносят юридические инстанции [8].

1. Врачебные ошибки, основанные на *несовершенстве современной медицинской науки* встречаются даже у опытных врачей. так как им приходится консультировать наиболее тяжелых и сложных в диагностическом отношении больных. В аналогичном положении, очевидно, оказываются и авторитетные клиники. Несовершенством наших знаний и методов исследования объясняется неодинаковая оценка одних и тех же явлений и симптомов различными специалистами. Самые опытные врачи могут быть введены в заблуждение неправильными результатами и оценкой несовершенных методов исследования, что приводит к ошибочному диагнозу и выбору лечебных мероприятий.

2. Врачебные ошибки могут быть обусловлены также *объективными условиями работы врача*, когда он лишен, прежде всего, возможности для детального обследования больного. В хирургической практике при необходимости экстренного вмешательства по жизненным показаниям, например, у больных, доставленных с явлениями «острого живота», врач должен оперировать, не имея времени для уточнения диагноза. При этом, наряду с заболеваниями, требующими именно такого вмешательства (внематочная беременность, перфоративная язва желудка и др.), врач, допуская диагностическую ошибку в силу обманчивой картины заболевания, например, при пищевых токсикоинфекциях, разрывах аневризмы брюшной аорты, остром расстройстве коронарного кровообращения, производит непоказанную лапаротомию.

К объективным можно также отнести условия, при которых *нет средств для проведения того или иного исследования или вмешательства*

ства (например, невозможность при отсутствии эндоскопов диагностировать некоторые формы рака желудка и бронхов).

Из существенных объективных причин ошибок следует отметить *непостоянство отдельных постулатов и принципов в области теоретической и практической медицины*, в связи с чем меняются взгляды на этиологию, патогенез, понимание сущности болезней. Так, еще в первой четверти XX столетия к неврозам относили эпилепсию, эклампсию, болезнь Паркинсона, а в 1994 году вообще отрицалась возможность существования функциональных заболеваний внутренних органов.

3. Ошибки, обусловленные *недостаточной квалификацией или неспособностью врача использовать имеющиеся знания*, составляют самую многочисленную группу врачебных ошибок.

Врач в процессе обучения в высшем медицинском учебном заведении получает известную сумму знаний, с которой он может начинать свою общеврачебную деятельность, но ему еще необходимо приобретение и накопление опыта по отдельным специальностям.

То, что опытный специалист может подметить и увидеть иногда при первом взгляде на больного, начинающий врач может не обнаружить и после детального обследования больного. Молодому специалисту необходимо овладеть медицинской техникой, и он должен, помимо знаний, приобрести практические навыки, что требует времени. Нельзя предъявлять одинаковые требования к врачу, только что окончившему институт, и специалисту со стажем.

Так, например, если начинающий врач-хирург и специалист-нейрохирург поставят ошибочные диагнозы и сделают по этому поводу трепанацию черепа с одинаковым смертельным исходом, то действия нейрохирурга будут оцениваться как ошибка при условии его добросовестного заблуждения. Действия же начинающего врача-хирурга при названных условиях являются наказуемой самонадеянностью, а не ошибкой.

В каждом отдельном случае вопрос об отнесении действий врача к ошибке, особенно при дифференциации незнания, обусловленного недостаточной квалификацией и элементарным медицинским невежеством, решается исходя из конкретных особенностей течения болезни, длительности наблюдения, возможностей обследования.

Техника лечебного мероприятия, доза и качество лекарственного вещества хотя и соответствуют определенным требованиям, однако при этом может наступить тяжелый исход, который зависит от *особых индивидуальных свойств организма пациента* и не может быть поставлен в вину врачу. Смертельный исход может быть также результатом неблагоприятного и непредвиденного стечения обстоятельств, т.е. представлять собой *несчастный случай*.

О врачебной ошибке можно говорить только при условии полно-

го исключения признаков *небрежности, преступной самонадеянности, халатности, неоказания медицинской помощи, недозволенного экспериментирования*. Не всегда смертельный исход, наступивший в связи с врачебным вмешательством, может быть (прямо или даже косвенно) поставлен в вину врачу. Этот исход может быть связан с такими индивидуальными особенностями организма (например, аллергенными факторами), которые врач учесть не в состоянии (при даче наркотика, при внутривенных вливаниях лекарственных веществ, профилактических прививках).

*Пример.* Если врач делал операцию выскабливания полости матки по показаниям, в больничной обстановке, после тщательного обследования больной и произвел перфорацию матки с патологически измененными стенками, то перфорация могла явиться следствием *ошибки или несчастного случая*.

Если же он это сделал в тех же условиях, но без предварительного тщательного обследования больной, то действия врача следует рассматривать как *небрежность*.

Если же перфорация произошла при проведении операции без достаточного обследования женщины, да к тому же во внебольничной обстановке, то это будет *преступление*.

*Небрежность или халатность* является самой частой квалификацией действий врача в уголовных делах, связанных с профессиональными и профессионально-должностными правонарушениями врачей. Разные степени проявления небрежности и ее последствий в одних случаях оказываются только *проступком*, влекущим административное взыскание, в других — *преступлением*, требующим привлечения к уголовной ответственности.

Учитывая возможные последствия ошибок врачей, общество стремилось отыскать инструменты борьбы с этим распространенным явлением. Если ошибка приводила к смерти или инвалидности, то врача наказывали не по совести, а по законам государства. У древних шумеров за неправильно сделанную операцию на руке отрубали руки неумелому хирургу, за плохое лечение глаза, приведшее к слепоте, могли ослепить и неопытного офтальмолога. Не менее суровые законы существовали и в Древнерусском государстве.

Одной из мер предупреждения врачебных ошибок можно рассматривать появление *консилиумов*. На консилиуме опытные врачи давали свои советы лечащему врачу, который нес всю ответственность за жизнь пациента.

К «профилактическим» мерам необходимо также отнести существующее в медицине со времен Гиппократов *клиническое обучение* (от греч. *klinikos* — постельный) — обучение у постели больного. С тех пор опытные клиницисты обучают студентов старших курсов или молодых врачей новейшим способам диагностики и лечения. Для преду-

преждения ошибок наиболее сложные случаи разбирают на клинических конференциях.

Снижению возможных врачебных ошибок способствует *прозекторская служба*. Дело в том, что заключение патологоанатома позволяет не только установить, что послужило причиной смерти, но и выявить, на каком этапе была допущена диагностическая или тактическая ошибка.

Новой формой борьбы с ошибками медиков, особенно с теми ошибками, которые не стали по разным причинам предметом судебного разбирательства, в настоящее время являются *этические комитеты*. Их необходимо рассматривать как своеобразную «коллективную совесть» медицинского учреждения с привлечением общественного мнения. В его состав обязательно должны входить и юристы, и священники, и общественные деятели. В то же время заключение коллег, входящих в состав этического комитета больницы, научного центра являются наилучшим способом анализа причин, породивших ту или иную ошибку. В зарубежных странах ни один суд не примет к рассмотрению иск по отношению к конкретному врачу или медицинскому учреждению без заключения этического комитета.

### 1.3. Классификация врачебных ошибок

С целью более глубокого изучения проблемы ошибок в медицине и выработки мер профилактики, а также уменьшения их числа создавались и создаются многочисленные классификации врачебных ошибок.

Основу ряда классификаций составляет *нозологический принцип* (от греч. *posos* – болезнь): например, ошибки при остром животе, инфаркте миокарда, травмах черепа и т.д.

При *отраслевом принципе* изучались ошибки в акушерстве, в неотложной хирургии, терапии т.д.

В 1959 году хирурги Н.И. Краковский и Ю.Я. Грицман предложили еще классифицировать хирургические ошибки по этапам работы и ее виду:

- диагностические;
- лечебно-тактические;
- лечебно-технические; организационные;
- ошибки в ведении медицинской документации;
- ошибки в поведении медицинского персонала.

Судебный медик И.Ф. Огарков считал целесообразным делить все врачебные ошибки на 2 группы:

- ошибки в диагностике заболевания;
- ошибки в назначении и осуществлении лечебных мероприятий

[5].



В 1972 году юрист И.Ф. Крылов предложил деление врачебных ошибок на 3 группы:

1) ошибки диагностические, к которым относят нераспознавание или ошибочное распознавание болезни;

2) ошибки тактические, к которым причисляют неправильное определение показаний к операции, ошибочный выбор времени проведения операции, ее объем и др.;

3) ошибки технические, включающие неправильное использование медицинской техники, применение несоответствующих лекарственных и диагностических средств и т.д. [4].

К этой классификации можно добавить «поведенческие ошибки», так как при неблагоприятном исходе лечения, именно деонтологические (поведенческие) ошибки в первую очередь учитывают больные или их родственники, порождая многочисленные жалобы и требования о привлечении к уголовной ответственности врача, допустившего ошибку [10].

Большинство классификаций опирается на давнее, но простое разделение причин на *объективные* и *субъективные* [1]. Высказывают, тем не менее, мнение, что в основе объективных причин находятся своевременно не предотвращенные или не осознанные субъективные факторы.

По мнению многих исследователей, на долю субъективного фактора приходится 60-70 % причин диагностических ошибок. По данным А. А. Дзинского [2], на нелогичное осмысление полученных данных приходится 26 % причин диагностических ошибок в поликлинике и 22 % – в стационаре. Однако к этим показателям следует приплюсовать соответственно 10% и 8 %, обусловленных переоценкой или недооценкой лабораторно-инструментальных методов и консультаций.

Молодые врачи часто ошибаются из-за отсутствия опыта. Причиной ошибок более опытных врачей может быть переоценка собственного опыта и снижение квалификации.

Субъективные причины диагностических ошибок могут быть обусловлены не только *квалификацией врачей*. Дело в том, что знания – это не просто подготовка врача, это и способность к их накоплению, пониманию, использованию, во многом зависящая от индивидуальных особенностей, интеллекта и характера человека. Известны врачи, отлично знающие пропедевтику и симптоматику внутренних болезней и, тем не менее, лишенные синтетического мышления или не умеющие при наличии у пациента нескольких болезней определить, какая является основной [7].

Значительную опасность представляют так называемые *внушенные диагнозы*, которые во многом зависят от характера врача. Речь

идет о заведомом «настрое» на определенное заболевание, который вызван:

- специальным к нему интересом врача;
- психологическим «давлением» заключения консультанта или авторитетного учреждения;
- влиянием эпидемиологической обстановки (в период эпидемии гриппа этот диагноз выставляют большинству пациентов с повышенной температурой, среди которых оказываются больные ангиной, плевритом, менингитом и др.);
- увлечением недавно описанными нозологическими формами (вспомним легкость и частоту, с которой в свое время немотивированно ставились диагнозы «коллагеноз», «диэнцефальный синдром» и т. п.) [7].

К этой категории ошибок примыкают и те, которые зависят от *предвзятости, положительного или отрицательного, отношения к пациенту* (вера, что врач не может заболеть СПИДом, трактовка бессознательного состояния у больного алкоголизмом как связанного только с алкогольной интоксикацией).

Большую роль играет присущая многим людям *особенность психики*, проявляющаяся в отборе фактов, подтверждающих, а не противоречащих сложившемуся мнению. В этих случаях врач попросту игнорирует не укладывающиеся в имеющуюся у него концепцию симптомы или данные исследований.

Успехи диагностики часто зависят также от *способности учитывать общие тенденции развития и изменения патологии*. Многие наблюдения свидетельствуют о том, что по мере увеличения возраста больных диагностические трудности возрастают, увеличивается и количество ошибок. Особую роль при этом играет растущая с возрастом полиморбидность [11].

Однако в наибольшей степени на диагностическом процессе сказывается *влияние научно-технической революции*. Значение ее трудно переоценить. Но нельзя не учитывать ее *нежелательных эффектов*:

1) развитие специализации выявило несовпадение поликлинических и стационарных диагнозов в 1,5-2 раза и более (в 60 - х годах XX века колебалось у терапевтов в пределах 7-17 %) [9];

2) открытие новых заболеваний (к началу XIX века было известно около одной тысяч болезней, сейчас их насчитывают, по данным ВОЗ, более тридцати тысяч);

3) недооценка патоморфоза болезней (наше мышление сохраняет ригидность, консервативность, неспособность не теоретически, а на деле повседневно помнить, что мы имеем дело с изменившимися реактивностью, клинической симптоматикой, течением болезней);

4) техника обследования достигла такого уровня, что признать кого-либо здоровым стало невозможно (по материалам некоторых

массовых обследований взрослого населения в 50 % случаев выявлены чисто клинические отклонения от нормы, в 25 % – отклонения в лабораторных показателях и в 25 % – рентгенологические отклонения) [12];

5) необычные симптомы распространенных болезней чаще ведут к ошибкам, чем редкие заболевания;

6) переоценка значимости для диагностики лабораторной инструментальных данных (на фоне технических достижений медицины диагноз устанавливается по данным анамнеза приблизительно более чем в 50 % случаев, на основании физикального обследования – примерно в 30 % и по лабораторно – инструментальным данным – в 15-20 %. В 3-5% случаев диагноз может остаться неясным даже после вскрытия);

7) многие ошибки обусловлены неправильной оценкой данных лабораторно – инструментальных и аппаратных исследований (врачи не задумываются над тем, что возможность ошибки бывает заложена не только в аппарате и реактиве, но и в тех, кто выносит соответствующие заключения);

8) использование с диагностической целью электронно-вычислительной техники не гарантирует от заблуждений: если исходные данные ошибочны и неправильно сформулированы, можно получить и нелепые заключения (ни одна машина не способна заменить хорошей подготовки и творческой мысли врача).

В медицине, как и вообще в жизни, анализ ошибок более конструктивен, чем положительные примеры и назидательные сентенции. Поэтому проблема врачебных ошибок должна постоянно находиться в центре внимания медицинских учебных заведений, на курсах усовершенствования, врачебных форумах и страницах медицинской печати [8].

## 2. Ятрогении

Все ошибки медицинских работников, вызвавшие какие-либо отклонения в здоровье пациента, независимо от того, по чьей вине они произошли – врача, медсестры или акушерки, даже в современной медицинской литературе очень часто называют ятрогениями, ятрогенными, или иатрогенными.

### 2.1. Понятие ятрогении

*Ятрогения* (греч. *iatros* – врач + *genes* – порождаемый, возникающий) – причинение вреда здоровью больного в результате тех или иных ошибочных действий медицинских работников. Чаще под ятрогией подразумевают нежелательные изменения психики больного.

В формировании психической (психогенно обусловленной) ятрогении помимо неосторожных, ранящих пациента высказываний врача о его состоянии здоровья играют роль также определённые *черты характера больного* (неуверенность, склонность к тревожным опасениям, повышенное внимание к малейшим изменениям самочувствия, эмоциональная ранимость и т. д.), предопределяющие крайне нервное отношение к любой получаемой им медицинской информации.

В подобных случаях следует говорить о *псевдоятрогении*, поскольку она возникает не по вине врача, а скорее вследствие особенностей характера пациента, которые способствуют формированию навязчивых страхов за своё здоровье без серьёзных на то оснований. Источником психических ятрогений могут стать также неправильно проводимое медицинское просвещение, публикации спорных, не имеющих научного обоснования концепций и данных, не соответствующих действительности.

Различают также *ятропатии* (соматические ятрогении), когда вред больному причиняется лекарствами (аллергические реакции на препараты или неправильно назначенное лечение), механическими манипуляциями (хирургические операции и диагностические процедуры), облучением.

Особое распространение термины «ятрогения», «ятрогенный» получили после статьи Бумке «Врач как причина душевных расстройств». Существенный вклад в учение о ятрогениях внесли гинеколог Н.Г. Дик (1927), психиатр Ю.В. Каннабих (1928) и терапевт Р.А. Лурия (1935).

Ятрогении как самостоятельные заболевания стали изучаться в 30-е годы XX столетия в связи с развитием учения о психогениях и выяснением патогенетического значения психотерапии при ряде заболеваний. К этому времени накопилось уже много фактов, свидетельствующих, что наряду с положительным значением психотерапевтических воздействий возможна и «негативная психотерапия», когда врач невольно служит причиной «новой» болезни у своего пациента [по 10].

### 1.2. Причины и механизмы ятрогений

Детерминантами при формировании ятрогении выступает ряд факторов.

1. Неблагоприятно сложившиеся *ситуационные моменты в период контакта врача с больным*. Особенно обостряют внутреннюю настороженность и повышенную восприимчивость больного вскользь брошенные неосторожные замечания врача.

2. *Ситуация обследования* в лаборатории, в рентгеновском или каком-нибудь другом диагностическом кабинете при установке больного на то, что именно здесь будет обеспечено объективное, предель-

но точное, решающее заключение о его заболевании.

3. *Знакомство больного с результатами анализов и другими медицинскими документами, содержание которых он превратно воспринимает и толкует.*

4. *Убежденность населения (отчасти вследствие распространения популярной литературы) в особой тяжести некоторых заболеваний (например, онкологических).*

5. *Первичная констатация такого диагноза, который особо тягостен для больного и неприемлем ввиду наличия в заболевании элементов, «приносящих» личность, вызывающих надлом (отсюда частота ятрогении в гинекологической клинике, в дерматологии, урологии).*

6. *Несогласованные действия врачей, дающих противоречивые советы (например, строгий постельный режим по одной рекомендации и активная тренировка по другой) [по 10].*

Механизм возникновения ятрогенных заболеваний находит объяснение в свете данных И.П. Павлова о слове, которое «есть такой же реальный раздражитель, как и все остальные, но вместе с тем и такой многообъемлющий, как никакие другие... Слово все их сигнализирует, все их заменяет, а потому может вызвать все те действия, реакции организма, которые обуславливают те раздражения».

Основанные на учении И.П. Павлова исследования кортико-висцеральных отношений организма, проведенные К.М. Быковым и его школой, убедительные данные К.К. Платонова о слове как о «физиологическом факторе» дали прочное обоснование воззрению, согласно которому в основе ятрогенных заболеваний лежат патодинамические изменения высшей нервной деятельности условно-рефлекторного генеза.

### **1.3. Классификация ятрогений**

На 2-й Всесоюзной конференции по проблемам медицинской деонтологии (Москва, 1977 год) Г.Я. Юзefович предложил разделять ятрогении на 3 группы:

1) *ятропсихогении* – нарушения, обусловленные воздействием на психику больного;

2) *ятрофармакогении* – расстройства, связанные с негативными последствиями лекарственной терапии;

3) *ятрофизиогении* – заболевания, вызванные физическим воздействием медицинских мероприятий.

Воздействовать на пациента может не только врач, но и фельдшер, медсестра, санитарка. В западных странах уже давно пришли к выводу, что, помимо врачебных ошибок, существуют и сестринские.

Различая по уровню подготовки медсестру, медсестру-специалиста, вспомогательный средний медицинский персонал, в за-



конодательном порядке от них требуют определенного уровня компетентности и ответственности за допущенные ошибки.

Эти ошибки могут возникнуть на любом этапе сестринского процесса: при обследовании, в сестринском диагнозе, составлении плана сестринских действий, практической реализации плана действий и оценке результатов. Обратная связь, устанавливаемая в ходе оценки, может изменить ход последующих мероприятий. Именно эта *тесная связь с пациентом на всех этапах осуществления сестринского процесса становится наиболее надежным средством предотвращения сестринских ошибок.*

В числе этих ошибок особое место занимают нарушения норм и правил медицинской этики, являющиеся, как и ошибки, предметом рассмотрения этических комитетов различных уровней. Ответственность за эти ошибки ничуть не меньше, чем за все прочие.

В здравоохранении Республики Беларусь такой подход к проблеме врачебных и сестринских ошибок только начинает устанавливаться.

Венгерский психотерапевт И. Харди предложил по аналогии с ятрогениями использовать термин «*сороригении*» (от лат. *soror* – сестра), обозначающий все патологические реакции, которые могут быть вызваны у больного человека неправильными действиями или поведением медсестры [6]. Этот термин пока не нашел широкого применения, но он необходим для различения профессиональных ошибок и обоснованного подхода к вопросу об ответственности медицинского работника.

Наиболее типичными *ошибками медсестер* в общении с пациентами, по мнению И. Харди, являются:

- равнодушие, незаинтересованность, которые служат причиной большинства жалоб на них (как и на врачей);
- поучения, наставления, характерные даже для медсестер, работающих в психиатрических отделениях и пытающихся «убедить», «уговорить» больных;
- угрозы, какую бы форму они ни имели;
- дача советов относительно таких вопросов, о которых медсестры не могут иметь соответствующего представления, не располагают нужными знаниями;
- осуждение действий врача, подчеркивание разногласий между врачами.

И. Харди выделяет *комбинированные ятрогенные и сороригенные* вредные воздействия. Они проявляются в тех случаях, когда больные узнают о разногласиях, спорах между врачом и сестрой, когда конфликты между ними происходят в их присутствии. Обсуждение ошибок и ошибочных взглядов у постели больного вызывает у последнего неуверенность, беспокойство, может нарушить и веру в его лечение

[6].

*Дифференциация медицинских специальностей* делает целесообразным рассмотрение ятрогенных эпизодов внутри отдельных специальностей. Как показывает практика, узкопрофильный анализ ятрогенных эпизодов удобен и целесообразен. Ятрогению целесообразно рассматривать раздельно: при профилактических, диагностических и лечебных воздействиях.

В лекции, посвященной проблеме ошибки и ятрогении в деятельности медицинского работника, профессор М.Я. Яровинский отмечает: *«Несмотря на наличие современных компьютеров, совершенных диагностических приборов, новейших лекарств с самым широким спектром действия и многое другое, ошибки в профессиональном поведении медицинских работников, очевидно, еще не скоро исчезнут. Быть может, они не исчезнут никогда»*.

*Самое главное для врача – не пытаться их скрыть, переложить на чьи-либо плечи. Необходимо отыскать причину, породившую ошибку, и принять все меры для того, чтобы не допускать подобного в дальнейшем»*.

*«Только дураки учатся на своих ошибках, умные предпочитают учиться на ошибках других», – предупреждал Бисмарк. Однако кто посмеет назвать дураком человека, совершившего однажды ошибку, признавшегося в ней и сделавшего все необходимое, чтобы она не повторилась?» [10].*

### *Литература*

1. Давыдовский И.В. Опыт сличения клинических и патолого-анатомических диагнозов // Клиническая медицина. – 1928. – № 1. – С. 2-19.
2. Дзизинский А. А. Врачебные ошибки // Избранные лекции по терапии. – Иркутск: Изд - во Иркутского ун-та, 1990. – С. 81-90.
3. Ковнер С. История древней медицины. Вып. 3. — Киев, 1888.
4. Крылов И.Ф. Врач и закон. – Л.: Знание, 1972. – 46 с.
5. Огарков И.Ф. Врачебные правонарушения и уголовная ответственность за них. – Л.: Медицина, 1966. – 196 с.
6. Харди И. Врач сестра, больной. Психология работы с больными. Пер. с венгер. – Будапешт: Изд-во АН Венгрии, 1981. – 286 с.
7. Эльштейн Н.В. Диалог о медицине. – 3-е изд., доп. И перераб. – Таллин: Валгус, 1983. – 224 с.
8. Эльштейн Н.В. Диагностические ошибки интернистов // Русский Медицинский Журнал. – Том 6. – № 1. – 1998.
9. Эльштейн Н. В. Общемедицинские проблемы терапевтической практики. – Таллинн: Валгус, 1983. – 244 с.

10. Яровинский М.Я. Лекции по курсу «Медицинская этика» (биоэтика): Учебное пособие. – М.: Медицина, 2000. – 256 с.
11. Brandlmeier P. Fehldiagnosen durch Multimorbidität // Die Fehldiagnose in der Praxis / Hrsg. H. H. Schrombgen. – Stuttgart, 1987. – P. 59-70.
12. Voiculescu H. Depistarea în masă a bolilor cronice // Viata med., 1974. – P. 6.

## ГЛАВА III. АТТРИБУТЫ, ПРИНЦИПЫ И НОРМЫ ЭТИКИ В МЕДИЦИНЕ

### ЛЕКЦИЯ 10.

#### ЭТИЧЕСКИЕ АТТРИБУТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Во все века врачи стремились подтвердить свою верность выбранной профессии, давая клятвы, принимая присяги и декларации различных медицинских сообществ, соблюдая уставы и кодексы врачебной этики и деонтологии.

#### 1. Клятва медицинского работника

Морально-этические и нравственные нормы профессии врача впервые были сформулированы в одном из самых древних медико-этических документов – «Клятве Гиппократов» [1]. Эту клятву давали выпускники школы асклепиадов, родоначальником которой считался бог медицины Асклепий. Гиппократ II Великий Косский (ок. 460 – ок. 370 г.г. до н.э.) был самым известным ее выпускником.

В Клятве, по мнению У. Пенфилда, «...заклочены вечные истины, которые не может изменить время...» [2].

Для нас, живущих в XXI веке, она представляет особый интерес, прежде всего, как документ, освещающий врачебный быт медицинских школ в эпоху Гиппократов. Здесь, как и в других сочинениях Гиппократова сборника (а также у Платона), никакого отношения врачей к храмовой медицине усмотреть нельзя; врачи – хотя и асклепиады, в том смысле, что ведут происхождение от Асклепия и клянутся им, но не жрецы асклепейона.

Сформулированные в «Клятве» правила врачебной этики оказали большое влияние на все последующие времена. Врач, вступающий во врачебную школу, должен был вести себя соответствующим образом: воздерживаться от всяких предосудительных действий и не ронять своего достоинства. По образцу ее составлялись *Факультетские обещания*, которые произносили доктора медицины при получении степени в Парижском университете, а также в России.

По мнению профессора М.Я. Яровинского, появление клятвы Гиппократов было вызвано необходимостью отмежевания от врачей одиночек, разных шарлатанов и знахарей, которых в те времена было немало, и обеспечения доверия общества врачам определенной школы (корпорации асклепиадов) [3]. Клятву называют еще «10 заповедями Гиппократов» (по аналогии с 10 библейскими заповедями Моисея). Проанализируем с логико-исторической точки зрения этот документ.

Начало «Клятвы» свидетельствует о существовании в эпоху Гипократа *теургического способа* (от греч. *theurgia*: *theos* – бог и *ergon* – работа) *регулирующего* поведения врача:

*«Клянусь Аполлоном врачом, Асклепием, Гигией и Панахеей и всеми богами и богинями, беря их в свидетели, исполнять честно, соответственно моим силам и моему разумению, следующую присягу и письменное обязательство...»*

Аполлон считался в послегомеровское время врачом богов. Асклепий (в Древнем Риме – Эскулап), сын Аполлона – богом врачебного искусства. Гигия, дочь Асклепия, являлась богиней здоровья (отсюда слово гигиена). Ее изображали цветущей девушкой с чашей, из которой пила змея (символ мудрости). Панакея (всеисцеляющая), вторая дочь Асклепия, была панацеей. От ее имени произошло слово «панацея» – лекарство от всех болезней, поиску которого посвящали свою деятельность средневековые алхимики.

Следующее положение «Клятвы» свидетельствует о том, что в древние времена медицина была семейным делом. Она культивировалась в недрах определенных фамилий и передавалась от отца сыну. Затем рамки ее расширились, врачи стали брать учеников со стороны. Так свидетельствует Гален. У Платона также есть указания на то, что врачи в его время обучали медицине за плату. В «Клятве» об этом не упоминается. Там ученик должен войти в семью учителя и помогать ему в случае, если он будет нуждаться, но денежный договор мог составляться особо. Об этом в «Клятве» пишется следующее:

*«...считать научившего меня врачебному искусству наравне с моими родителями, делиться с ним своими достатками и в случае надобности помогать ему в его нуждах; его потомство считать – своими братьями, а это искусство, если они захотят его изучать, преподавать им безвозмездно и без всякого договора...».*

Таким образом, материальная, экономическая сторона обучения и дальнейшей практической деятельности оговаривается подробно и обдуманно.

*«...наставления, устные уроки и все остальное в учении сообщать своим сыновьям, сыновьям своего учителя и ученикам, связанным обязательством и клятвой по закону медицинскому, но никакому другому...».*

Здесь перечисляются виды преподавания. Наставления заключали в себе общие правила врачебного поведения и профессии, если судить по одноименной книге Гиппократова сборника. Устное преподавание состояло, вероятно, в систематических чтениях по различным отделам медицины. По крайней мере во времена Аристотеля так назывались лекции, которые он читал слушателям и которые потом в обработанном виде издавались. Такова, например, его Физика. «Все



остальное» включало в себя, вероятно, практическую часть преподавания у постели больного или операционного стола.

*«Я направлю режим больных к их выгоде сообразно с моими силами и моим разумением...».*

Автор (авторы) «Клятвы», переходя к собственно медицинским обязательствам, на первое место ставят образ жизни больного (режим).

*«...воздерживаясь от причинения всякого вреда и несправедливости...».*

Молодой врач, обязуясь действовать, должен был с первых же своих шагов усвоить *первый закон медицины*: «Не навреди» и понять, что несправедливость во врачебном деле неуместна, как и во всяком другом, но в еще большей степени. *Принцип справедливости* должен соблюдаться неуклонно.

*«Я не дам никому просимого у меня смертельного средства и не покажу пути для подобного замысла...».*

Это положение «Клятвы» перекликающееся с древней заповедью «Не убий». Оно вошло во все медико-этические кодексы, как основополагающее при решении проблемы *эвтаназии* (от греч. *eu* — хорошо и *thanatos* — смерть) — помощи при смерти. Искусство врача не должно быть направлено на ускорение смерти пациента.

*«...точно также я не вручу никакой женщине абортивного пессария...».*

В этом обязательстве проявляется отношение к святости жизни с момента ее зачатия и веру в то, что жизнь даруется и прекращается Богом, а не врачом.

*«Чисто и непорочно буду я проводить свою жизнь и свое искусство»..*

Здесь врачевание рассматривается не как ремесло, а как искусство, для которого нужна нравственная чистота и недопустимы пороки.

*«Я ни в коем случае не буду делать сечения у страдающих каменной болезнью, предоставив это людям, занимающимся этим делом».*

Эта часть документа у комментаторов всегда вызывала некоторое недоумение. Почему врач не должен был выполнять *литотрипсию* (камнесечение, дробление камней в мочевом пузыре и их извлечение) — операции, давно известной египтянам и грекам?

Проще всего ответить, что операцию эту производили особые специалисты, как это было в Египте и на Западе в конце средних веков. Вероятно, они также были объединены в особые организации и владели секретами производства и организованный врач не должен был вторгаться в чужую область, в которой не мог быть достаточно компетентным, не роняя своего престижа. Предполагать, что операция эта или даже вообще все операции были ниже достоинства врача и пре-

доставлялись низшему врачебному сословию – нет никаких оснований. Гиппократов сборник достаточно опровергает это.

*«В какой бы дом я ни вошел, я войду туда для пользы больного, будучи далек от всего намеренного, несправедливого и пагубного, особенно от любовных дел с женщинами и мужчинами, свободными и рабами».*

Направленность на добродетель (благодеяние) и непричинение зла (вреда) являются фундаментальными принципами медицинской этики. Близость врача к пациенту (духовная) не должна была переступать через известные границы и становиться близостью физической. Во всех известных нам древних медико-этических кодексах разных народов говорится о недопустимости «платы натурой» за врачебные услуги.

*«Что бы при лечении – а также и без лечения – я ни увидел или ни услышал касательно жизни людской из того, что не следует когда-либо разглашать, я умолчу о том, считая подобные вещи тайной».*

Запрещение врачу, давшему клятву, разглашать чужие тайны, пройдя через века, превратилось в русском и германском законодательствах в закон, карающий за разглашение тайн, с которыми врач ознакомился при своей профессиональной деятельности. Но внимательное чтение показывает, что в клятве вопрос ставился шире: нельзя вообще разглашать компрометирующие вещи, виденные или слышанные не только в связи с лечением, но и без него. Цеховой, организованный врач не должен быть злостным сплетником: это подрывает доверие общества не только к нему, но и ко всей данной корпорации.

*«Мне, нерушимо выполняющему клятву, да будет дано счастье в жизни и в искусстве и слава у всех людей на вечные времена; преступающему же и дающему ложную клятву да будет обратное этому».*

Завершается документ торжественным обещанием перед богами и людьми. Это не были пустые слова. В Древней Греции и Древнем Риме воздвигались памятники замечательным врачам. Тем же, кто подписал текст «Клятвы», а затем нарушил ее, грозили штраф или казнь (отсечение руки).

«Клятва Гиппократова», не смотря на некоторые положения, отразившие специфику общественно-социальных отношений и развития науки того времени, сыграла для медицинской этики исключительную роль.

В конце 2-го тысячелетия новой эры, мировое врачебное сообщество приняло в 1948 году *Женевскую декларацию*, которую назвало «Клятвой Гиппократова XX века». Затем текст ее неоднократно уточнялся, дополнялся на сессиях ВМА. Мы приводим его в редакции 1994 г.

**«ВСТУПАЯ В ЧЛЕНЫ МЕДИЦИНСКОГО СООБЩЕСТВА:**

**Я ТОРЖЕСТВЕННО ОБЯЗУЮСЬ** посвятить свою жизнь служению идеалам гуманизма. **Я БУДУ ОТДАВАТЬ** моим учителям дань уважения и благодарности, которую они заслуживают;

**Я БУДУ ИСПОЛНЯТЬ** мой профессиональный долг по совести и с достоинством; **ЗДОРОВЬЕ МОЕГО ПАЦИЕНТА** будет моим первейшим вознаграждением; **Я БУДУ УВАЖАТЬ** доверенные мне секреты, даже после смерти моего пациента; **Я БУДУ ПОДДЕРЖИВАТЬ** всеми моими силами чистые и благородные традиции медицинского сообщества;

**МОИ КОЛЛЕГИ** станут моими братьями и сестрами; **Я НЕ ПОЗВОЛЮ** соображениям пола или возраста, болезни или недееспособности, вероисповедания, этнической или национальной клановости, партийно-политической идеологии, расовой принадлежности, сексуальной ориентации или социального положения встать между исполнением моего долга и моим пациентом; **Я БУДУ** проявлять высочайшее уважение к человеческой жизни с момента ее зачатия и никогда, даже под угрозой не использую свои медицинские знания в ущерб нормам гуманности; **Я ПРИНИМАЮ НА СЕБЯ ЭТИ ОБЯЗАТЕЛЬСТВА** торжественно, свободно и честно.

Текст этого документа напоминает «Клятву Гиппократу», но это не означает, что современный врач должен вернуться назад к Гиппократу. Он должен вместе с Гиппократом, с его законами, выдержавшими испытание временем, идти вперед, совершенствовать себя во врачебном искусстве.

В России «Присяга врача Советского Союза», утвержденная в 1971 году, в середине 90-х сменилась на «Клятву российского врача», а в 1999-м Госдумой был принят и президентом Б. Ельциным подписан новый текст «**Клятвы врача**». Лица, окончившие высшие медицинские образовательные учреждения Российской Федерации, при получении диплома врача дают клятву врача следующего содержания:

*«Получая высокое звание врача и приступая к профессиональной деятельности, я торжественно клянусь:*

*1. честно исполнять свой врачебный долг, посвятить свои знания и умения предупреждению и лечению заболеваний, сохранению и укреплению здоровья человека;*

*2. быть всегда готовым оказать медицинскую помощь, хранить врачебную тайну;*

*3. внимательно и заботливо относиться к больному, действовать исключительно в его интересах независимо от пола, расы, национальности, языка, происхождения, имущественного и должностного положения, места жительства, отношения к религии, убеждений, принадлежности к общественным объединениям, а также других обстоятельств;*

4. проявлять высочайшее уважение к жизни человека, никогда не прибегать к осуществлению эвтаназии;

5. хранить благодарность и уважение к своим учителям, быть требовательным и справедливым к своим ученикам, способствовать их профессиональному росту;

6. доброжелательно относиться к коллегам, обращаться к ним за помощью и советом, если этого требуют интересы больного, и самому никогда не отказывать коллегам в помощи и совете;

7. постоянно совершенствовать свое профессиональное мастерство, беречь и развивать благородные традиции медицины».

Клятва врача дается в торжественной обстановке. Факт дачи клятвы врача удостоверяется личной подписью под соответствующей отметкой в дипломе врача с указанием даты. Врачи за нарушение клятвы врача несут ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.

В нашей стране, согласно статье 15 «Закона Республики Беларусь о здравоохранении» (11.01.2002 г.), лица, получившие высшее медицинское образование в высших медицинских учреждениях образования, принимают клятву врача Республики Беларусь (клятву Гиппократа).

Текст клятвы врача Республики Беларусь и порядок ее принятия определяются Министерством здравоохранения Республики Беларусь по согласованию с республиканскими медицинскими и фармацевтическими общественными объединениями.

### **Клятва врача Республики Беларусь**

*Получая с глубокой благодарностью присвоенное мне медицинской наукой и практикой звание врача, перед моими учителями и коллегами КЛЯНУСЬ:*

– в любое время помогать каждому больному независимо от его социального происхождения вероисповедания и национальности;

– всегда сохранять профессиональную тайну;

– постоянно совершенствовать свои медицинские знания и врачебное мастерство, содействовать своей работой развитию медицинской науки и практики;

– обращаться, если это потребуют интересы больного, за советом к своим коллегам и самому никогда не отказывать им в совете и помощи;

– беречь и развивать благородные традиции отечественной медицины;

– всегда помнить о высоком призвании врача, об ответственности перед белорусским народом и государством.

*Верность этой клятве обещаю пронести через всю жизнь.*

## 2. Кодекс врачебной этики

Необходимость создания для современных врачей документа, в котором были бы сформулированы основные законы медицинской этики и который призывал бы врача следовать гуманным традициям врачебного искусства, по-настоящему назрела после второй мировой войны.

В 1949 году на 3-й Генеральной ассамблее Всемирной медицинской ассоциации в Лондоне был принят *Международный кодекс медицинской этики*, который также неоднократно перерабатывался и дополнялся. Мы приводим его текст в редакции 1983 года.

### *«Общие обязанности врачей»*

**ВРАЧ ДОЛЖЕН** всегда поддерживать наивысшие профессиональные стандарты.

**ВРАЧ ДОЛЖЕН** не позволять соображениям собственной выгоды оказывать влияние на свободу и независимость профессионального решения, которое должно приниматься исключительно в интересах пациента.

**ВРАЧ ДОЛЖЕН** ставить во главу угла сострадание и уважение к человеческому достоинству пациента и полностью отвечать за все аспекты медицинской помощи, вне зависимости от собственной профессиональной специализации.

**ВРАЧ ДОЛЖЕН** быть честен в отношениях с пациентами и коллегами и бороться с теми из своих коллег, которые проявляют некомпетентность или замечены в обмане. С нормами медицинской этики не совместимы:

а) Самореклама, если она специально не разрешена законами страны и этическим кодексом национальной медицинской ассоциации.

б) Выплата врачом комиссионных за направление к нему пациента, либо получение платы или иного вознаграждения из любого источника за направление пациента в определенное лечебное учреждение, к определенному специалисту или назначение определенного вида лечения без достаточных медицинских оснований.

**ВРАЧ ДОЛЖЕН** уважать права пациентов, коллег, других медицинских работников, а также хранить врачебную тайну.

**ВРАЧ ДОЛЖЕН** лишь в интересах пациента в процессе оказания медицинской помощи осуществлять вмешательства, способные ухудшить его Физическое или психическое состояние.

**ВРАЧ ДОЛЖЕН** быть крайне осторожен, давая информацию об открытиях, новых технологиях и методах лечения через непрофессиональные каналы.

**ВРАЧ ДОЛЖЕН** утверждать лишь то, что проверено им лично.



**«Обязанности врача по отношению к больному»**

**ВРАЧ ДОЛЖЕН** постоянно помнить о своем долге сохранения человеческой жизни.

**ВРАЧ ДОЛЖЕН** обратиться к более компетентным коллегам, если необходимое пациенту обследование или лечение выходят за уровень его собственных профессиональных возможностей.

**ВРАЧ ДОЛЖЕН** хранить врачебную тайну даже после смерти своего пациента.

**ВРАЧ ДОЛЖЕН** всегда оказать неотложную помощь любому в ней нуждающемуся, за исключением только тех случаев, когда он удостоверился в желании и возможностях других лиц сделать все необходимое.

**«Обязанности врачей по отношению друг к другу»**

**ВРАЧ ДОЛЖЕН** вести себя по отношению к своим коллегам так, как хотел бы, чтобы они вели себя по отношению к нему.

**ВРАЧ ДОЛЖЕН** не переманивать пациентов у своих коллег.

**ВРАЧ ДОЛЖЕН** соблюдать принципы «Женевской Декларации», одобренной Всемирной медицинской ассоциацией.

В этом документе не говорится о врачах какой-либо определенной страны, определенной национальности, политической ориентации и даже о врачах определенной специальности. Речь идет о Враче с большой буквы и о тех законах совести, которые он должен соблюдать. В принципе здесь сформулированы все основные законы медицинской этики.

В России на Всероссийском Пироговском съезде врачей 7 июля 1997 года был утвержден *Кодекс врачебной этики*. Его составители руководствовались клятвой Гиппократ, принципами гуманизма и милосердия, документами Всемирной Медицинской Ассоциации по этике и законодательством РФ в части права граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь.

В документе декларируется определяющая роль врача в системе здравоохранения, учитывается особый характер взаимоотношений врача с пациентом и необходимость дополнения механизмов правового регулирования этих отношений нормами врачебной этики. В нем также декларируется, что каждый врач несет моральную ответственность перед медицинским сообществом за свою врачебную деятельность, а медицинское сообщество несет ответственность за своих членов перед обществом в целом.

В Республике Беларусь Белорусская ассоциация врачей разработала первый в истории медицины нашей страны Кодекс врачебной этики. Он был принят на I съезде врачей РБ, проходившим в Минске 25–26 июня 1998 года. Необходимость принятия этого документа была обусловлена тем, что снижение жизненного уровня народа обострило морально-этические отношения в обществе.

Психология рыночных отношений простимулировала рост эгоистических настроений в обществе, ослабила чувство сострадания. Чаще стали проявляться душевная черствость, невниманье, а порой грубость и профессиональная халатность даже среди медицинских работников. Поэтому одним из важнейших направлений деятельности врачебного сообщества должно стать решение медико-этических проблем, соблюдение прав пациента. Опыт работы свидетельствует, что только дисциплинарными мерами ситуацию трудно изменить. *Главными судьями для врача должны оставаться собственная совесть и отношение коллег.*

### 3. Этические комитеты

Инструментом воздействия на профессиональное поведение врачей и медицинских сестер в зарубежном здравоохранении являются решения *комитетов* или *комиссий по медицинской этике (биоэтике)* различных уровней (национальных, региональных, местных, больничных, университетских).

*Этические комитеты* – новая форма борьбы с ошибками медиков, особенно с теми ошибками, которые не стали по разным причинам предметом судебного разбирательства. Этический комитет – это коллективная совесть медицинского учреждения с привлечением общественного мнения.

В его состав обязательно должны входить и юристы, и священники, и общественные деятели. В то же время заключение коллег, входящих в состав этического комитета больницы, научного центра – это наилучший способ анализа причин, породивших ту или иную ошибку. В зарубежных странах ни один суд не примет к рассмотрению иск по отношению к конкретному врачу или медицинскому учреждению без заключения этического комитета.

Условно можно выделить американскую (точнее, североамериканскую) и европейскую модели (или типы) этических комитетов.

По полномочиям, которыми наделены этические комитеты, их можно разделить на *выполняющие, регулятивно-санкционирующие и консультативно-совещательные функции*.

Кроме того, следует различать этические комитеты, осуществляющие контроль над проведением собственно научных исследований, и комитеты, работающие при больницах и клиниках, – так называемые *больничные комитеты* (hospital ethics committees), деятельность которых имеет исключительно рекомендательный характер.

*Основные функции* этического комитета включают:

1) специальную подготовку (членов комитета, сотрудников, пациентов, членов их семей);

2) выработку рекомендаций в отношении трудных в этическом отношении случаев;

3) рецензирование историй болезни (перспективный и ретроспективный их анализ).

Общее число членов обычно не превышает 8-15 человек. Одну треть составляют врачи, одну треть – сестры, оставшуюся часть – администраторы, юристы и пр.

В состав комитета могут входить приглашенные со стороны лица (представители общественности) и специалисты по медицинской этике.

В «Докладе о проведении первого круглого стола представителей этических комитетов стран Европы» (24—25 марта 1992 года, Мадрид) участники встречи отметили различие в системе организации, деятельности и формулировках целей, стоящих перед этическими комитетами в разных европейских странах, наличие двух уровней организации и функционирования этических комитетов – национального и регионального.

Как правило, национальные этические комитеты занимаются «этическими вопросами, глобального характера» – выработкой общих этических принципов, кодексов и т.п., а региональные, или местные, непосредственно проводят этическую экспертизу протоколов МБИ на людях.

В России в рамках Российской Медицинской Ассоциации (РМА) функционирует *Национальный Этический Комитет (НЭК)*. Он включает в себя 5 комиссий:

- по практической работе;
- по научно-исследовательской деятельности;
- по клиническим испытаниям лекарственных средств;
- по медицинской рекламе;
- по международным связям.

Основными задачами НЭК РМА являются:

1) осуществление общественного контроля за соблюдением прав человека по критериям биомедицинской этики;

2) всемерное содействие укреплению доверия, консолидации и партнерским отношениям между врачами и пациентами путем объективного и принципиального рассмотрения сложных в морально-правовом отношении ситуаций;

3) утверждение общих принципов гуманизма, нравственности и биомедицинской этики;

4) помощь в создании этических комитетов в учреждениях медицинского профиля и в региональных отделениях РМА.

К важнейшим *наработкам* НЭК РМА необходимо отнести:

- подготовку проекта положений об этическом комитете больницы;
- об этическом комитете клинической больницы;

- об этическом комитете НИЦ;
- об этическом комитете медицинского вуза;
- об этическом комитете региона страны.

Кроме этого, принято соглашение между Европейским Комитетом по Этике, Рабочей группой по Этике Европейского форума за высокое качество медицинской помощи и Национальным этическим комитетом российской медицинской ассоциации (Брюссель, 17 февраля 1998 г.), а также – между министерством здравоохранения РФ и Российской медицинской ассоциацией о сотрудничестве по регулированию профессиональной деятельности врачей в Российской Федерации (19 октября 1998 г.).

В своей работе НЭК РМА поддерживает связи с законодательными и исполнительными органами страны, Антимонопольным комитетом, Общественным советом по рекламе и другими организациями.

Что касается Республики Беларусь, то в целях защиты прав граждан при органах государственного управления здравоохранением могут создаваться *комитеты (комиссии) по вопросам медицинской этики* для участия в разработке норм медицинской этики и деонтологии и рассмотрения вопросов, связанных с нарушением этих норм, а также для решения иных вопросов, касающихся охраны здоровья населения

### *Литература*

1. Гиппократ. Клятва. Закон о враче. Наставления / Пер. с греч. В.И. Руднева. – Мн.: Современный литератор, 1998. – 832 с.
2. Пенфилд У. Факел: Пер. С англ. – М.: Прогресс, 1964. – 334 с.
3. Яровинский М.Я. Лекции по курсу «медицинская этика» (биоэтика): Учебное пособие. – М.: Медицина, 1999. – 208 с.

## ЛЕКЦИЯ 11. ПРИНЦИП АВТОНОМИИ В МЕДИЦИНЕ

### 1. Понятие автономии

Термин «автономия» происходит от греческого слова *autos* («сам») и *nomos* («обычай», «закон»). Его впервые стали использовать, подразумевая самоуправление, в греческих полисах, где граждане сами принимали свои законы.

«Автономия» с тех пор употребляется, чтобы указывать на ряд понятий, включая: самоуправление, право на основные свободы, право на невмешательство, право на индивидуальный выбор, право на свободу следовать согласно своей собственной воле.

Автономию обычно определяют как самоуправление и самоопределение (свободное волеизъявление). Люди поступают автономно, когда они, а не другие, принимают решение, влияющее на их жизнь, и действуют на основе этих решений [1].

Личность действует автономно, когда она совершает действия после собственного обдумывания и выбора. Быть автономным, значит быть самоопределяемым. Следовательно, автономия нарушается, когда личность принуждают к действию физической силой или явными и неявными угрозами, или когда она действует, находясь в заблуждении или под влиянием факторов, которые вредят ее суждению.

#### Рассмотрим следующие случаи:

1. Член секты «Свидетели Иеговы», которая оппозиционно настроена в отношении переливания крови и продуктов крови, отказывается соглашаться на необходимую аппендэктомию. Но когда его аппендикс разрывается, и он впадает в бессознательное состояние, хирург оперирует и спасает его жизнь.

2. Врач решает не сообщать родителям младенца, который умер вскоре после рождения, что причиной смерти был непредсказуемый врожденный дефект, потому что он не желает оказывать влияние на их желание иметь ребенка.

3. У шестилетней девочки в школе обнаруживается сильная лихорадка, сопровождаемая интенсивной рвотой, конвульсиями. Ребенка быстро доставляют в близлежащую больницу. Лечащий врач ставит диагноз менингита и звонит родителям начать лечение. Оба родителя — последователи лечения «христианская наука», и они настаивают, чтобы их ребенку не предоставляли никакого медицинского лечения. Так или иначе, врач начнет лечение, а родители позже предъявляют иск врачу и больнице.

4. Тридцатилетняя женщина на двадцать четвертой недели беременности попала в автомобильную катастрофу, следствием которой явилось повреждение спинного мозга. Ее врач сообщает ей, что она



имела бы больше шансов восстановления, не имея она беременности. Тогда она просит искусственно прервать ее беременность. Больница не соглашается с ее решением и получает распоряжение суда, запрещающее аборт.

Все эти случаи можно рассматривать как случаи, включающие нарушения автономии индивидуумов, так как они содержат действия другого индивидуума, широкой публики или специальной группы, вступающие в конфликт с автономией, пожеланиями или ожиданиями некоторого человека или группы людей:

- 1) свидетелю Иеговы дается кровь, которую он не желает;
- 2) информация, решающая для принятия решения, утаивается от родителей ребенка с генетической болезнью, так что их будущее решение не может быть правильно информированным;
- 3) проведением лечения девочки с менингитом, врач нарушает вообще признанное право родителей принимать решения относительно благополучия их ребенка;
- 4) отказом в просьбе женщины об аборте, больница и суд вынуждают ее оставаться беременной против ее желания.

Высокая ценность, которую мы придаем автономии, основана на понимании, что без нее мы можем делать очень немного в нашей жизни. В ее отсутствие, мы станем творениями других людей, и наши жизни примут формы, которые они выберут для нас.

*Автономия дает нам благоприятную возможность творить самих себя. Даже если мы не удовлетворены результатом, мы имеем удовлетворение от осознания, что ошибки были наши собственные. Мы, по крайней мере, действовали как рациональные агенты.*

### ***1.1. Автономия как способность эффективно обдумывать ситуацию***

Автономия как способность эффективно обдумать ситуацию, сосредоточивается на внутренних состояниях личности и связанных с ними внутренних ограничениях.

*Автономная личность* характеризуется как личность, которая способна принимать рациональные и свободные решения и в соответствии с ними действовать.

Она осуществляет автономию, когда действует без принуждения на основе рациональных и свободных решений. Критерии рациональности и её ограничения здесь представляются центральными.

При каких условиях решения и действия личности являются свободными?

1. *Первым условием является способность личности выбрать наилучшие средства для некоторой избранной цели [3].*

Пример. Женщина не пользуется контрацептивами во время половых сношений, так как верит, что амулет, который она носит, пре-

дохраняет её от беременности.

Ее действия с точки зрения медицинской этики рассматриваются как неавтономные (нерациональные).

2. Вторым условием автономности решений и действий личности является *выбор целей, а не средств к этим целям* [3]. Способность выбрать и идентифицировать подходящие цели и интересы, составляет важнейший аспект автономности (рациональности).

Пример Человека, который выбирает бесполезные или самоуничтожительные цели (мазохист), можно назвать неавтономной личностью.

Рациональные действия должны основываться на решениях относительно наилучших средств, чтобы соответствующим образом максимизировать избранные цели.

Поэтому *полностью рациональный человек должен будет иметь ряд способностей*:

- 1) способность формулировать подходящие цели, в особенности долговременные;
- 2) способность устанавливать приоритеты среди этих целей;
- 3) способность определять наилучшие средства для достижения избранных целей;
- 4) способность эффективно действовать, чтобы осуществить эти цели;
- 5) способность отказаться от выбранных целей или видоизменить их, если последствия применения доступных средств являются нежелательными или если сами средства неадекватны.

Таким образом, личность является автономной, если она обладает необходимыми способностями для эффективного рассуждения и характером, чтобы этими способностями пользоваться.

*Автономия личности может нарушаться, ограничиваться или незаконно присваиваться* многими способами:

- принуждением;
- обманом;
- ложью;
- не обеспечением необходимой информацией;
- ограничением пространства выборов личности.

*Она может ослабляться под влиянием внутренних факторов:*

- сильных эмоций;
- отсутствии соответствующих способностей;
- нервного возбуждения;
- компульсивности;
- сильной боли.

Всякий раз, когда одна личность каким-либо образом ограничивает способность другой личности эффективно проанализировать интересующую ее ситуацию или сужает диапазон стратегий ее поведения, она нарушает принцип автономии личности последней.

### *1.2. Автономия как свобода выбора*

Предположим, некая женщина, тщательно взвесив все альтернативы, решает, что аборт является лучшим решением в ее положении. Если она очень бедна, а помощь от общественных фондов, чтобы оплатить аборт, не ожидается, она не свободна поступать в соответствии со своим решением. Заметим, что отсутствием свободы она обязана не принуждению. Тем не менее, ее автономия ограничена, потому что круг ее выборов суживается.

То же самое верно в случае ослабленного, смертельно больного пациента, который желает ускорить процесс умирания, но быть может, не способен осуществить это, потому что его физическая слабость делает невозможными какие-либо действия. Если другие не склонны помочь ему, ускорив смерть, свобода выбора пациента ограничивается.

Или рассмотрим случай с пациентом, который не желает участвовать в выборе между альтернативными видами лечения (например, операция в противовес химиотерапии) и просит врача самому сделать выбор, не сообщая ему какие-либо детали о возможных рисках и выгодах каждого вида лечения. Если врач не соглашается с просьбой и настаивает на предоставлении необходимой информации, свобода действия пациента не стесняется принуждением. Тем не менее, свобода выбора пациента ограничивается в виду того, что способ, каким его будут лечить, не находится в соответствии с выбором, которому он отдает предпочтение.

### *1.3. Автономия как свобода действия*

Когда автономия отождествляют со свободой действия, ее, прежде всего, описывают, противопоставляя принуждению.

*Принуждение* всегда предполагает умышленное применение силы или угрозы причинения вреда.

Цель принуждения – заставить человеческую личность быть вынужденной делать что-либо, что она, в противном случае, не пожелала бы делать.

*«Явное» принуждение* предполагает применение физической силы. Беспринципный медик-исследователь, например, мог в буквальном смысле слова заставить отдельных людей участвовать в качестве объектов исследований, как это делали в нацистской Германии. Это явное принуждение.

*«Диспозиционное» принуждение* предполагает угрозу причинить вред. Так исследователь мог бы также добиться желательного участия, угрожая сопротивляющемуся пациенту причинить некоторый вред; например, отменить лечение, которое необходимо для исцеления пациента.

Кроме того, касаясь угрозы навредить, люди могут принуждать других людей прямо или принятием законов, которые угрожают им принести вред. Например, врач удерживается от выполнения некоторых поздних абортос посредством законов, которые угрожают причинить вред (в виде наказания) тем, кто делает такие операции.

## 2. Принцип уважения автономии личности

Уважение человека как личности предполагает признание способности и перспективы этой личности, включая ее право придерживаться убеждений, делать выборы и совершать действия, основанные на личных ценностях и убеждениях. Действительное уважение содержит действие в соответствии с уважением, а не просто принятие определенного отношения.

Исторически такое уважение связывалось с идеей, что люди имеют ценность независимо от особенных обстоятельств. Иммануил Кант (деонтологист) и Джон Стюарт Милль (утилитарист) стоят у истоков современного понимания уважения автономии.

Кант утверждал, что:

- уважение автономии проистекает из признания того, что все люди имеют безусловное достоинство [2];
- каждый человек обладает способностью и правом определять свою собственную судьбу;
- нарушать автономию человека, значит относиться к нему только как средству, рассматривать его в соответствии со своими собственными целями;
- не признавать цели и обдуманное суждение этого лица или ограничивать его свободу, действовать согласно этим целям и суждениям, значит не уважать его автономию.

Милль свое внимание обращал на автономию действия и мысли. Он утверждал, что:

- социальный контроль над индивидуальными действиями является законным только в том случае, если необходимо предотвратить вред другим людям;
- личность с настоящим характером является человеком подлинной индивидуальности, тогда как человек «без характера» находится под деспотическим, контролирующим влиянием церкви, государства, родителей и семьи [7].

Из этого следует, что:

- автономные действия не должны подвергаться контролирующим ограничениям;
- ни один человек, как личность, не имеет права и не должен иметь власти над другим человеком;

– личность не должна принуждать других или ограничивать их действия, или навязывать им свою волю.

Данный принцип создает основу для права принимать автономные решения. Последнее, в свою очередь, принимает форму определенных с автономией прав, таких как *право на свободу* и *право на невмешательство*.

Принцип уважения автономии следует трактовать как широкий абстрактный принцип независимо от ограничивающих или исключающих условий. Всегда остается открытым вопрос, какие ограничения могут быть законно установлены на выбор, совершаемый пациентом, или на объект выбора, когда этот выбор вступает в противоречие с другими ценностями.

Если выбор ставит под угрозу общественное здоровье, потенциально наносит ущерб плоду или предполагает редкое средство, за которое пациент не может заплатить, тогда, может быть, оправданно строго ограничить проявление автономии (возможно, даже посредством государственного вмешательства). Если и ограничение оправдано, обоснование должно опираться на какой-нибудь конкурирующий моральный принцип, такой как *благодеяние (милосердие)* или *справедливость*.

Этот принцип не устанавливает, что, в конечном счете, человек должен беспрепятственно знать или делать, или что следует считать законным оправданием для ограничения автономии.

*Пример.* Пациент с неоперабельной, неизлечимой карциномой спрашивает: «У меня рак?», а врач ему отвечает: «Ваши дела обстоят также хорошо, как десять лет назад».

Поскольку эта ложь лишает пациента информации, необходимой ему для определения будущего образа действия, она нарушает принцип уважения автономии личности. Однако, она может быть оправдана принципом благодеяния.

Принцип автономии кроме своей *негативной характеристики* (избегать контролирующих ограничений, включая ложь и принуждение) имеет так же и ясные *позитивные значения*, когда применяется к определенным типам отношений.

Так, в области биомедицинского исследования и в здравоохранении он порождает позитивную и утвердительную обязанность *уважительного обращения, раскрывая информацию и благоприятствуя автономному принятию решения*.

Врачи, другие профессионалы здравоохранения и исследователи не имеют права делать что-либо пациентам и объектам исследования без их согласия, а право соглашаться или отказываться основывается на принципе уважения автономии личности.

Чтобы служить для профессионалов действительным разрешением к действию, *согласие пациента и объекта исследования должно*



*основываться на понимании и быть добровольным. Вследствие неравного распределения знания между профессионалами, с одной стороны, и пациентами, с другой стороны, из принципа уважения автономии следует, что профессионалы имеют обязательство сообщать информацию, обеспечивать понимание и добровольность и благоприятствовать принятию адекватного решения.*

Так как уважение свободы и права на невмешательство, укоренено, в конечном счете, в достоинстве каждого индивидуума, принцип уважения автономии также обязывает к уважению даже тех людей, которые не способны в данный момент на свободный выбор.

### **3. Концепция информированного согласия**

Согласно принципу автономии врач не должен лечить пациента без информированного согласия пациента или его законного заместителя, кроме как в точно определенных чрезвычайных обстоятельствах [5]. В праве, как в этике, информированное согласие является решающей концепцией в медицинской практике.

*Концепция информированного согласия* – относительно новая в медицинской этике (это в первую очередь касается отечественной этики). Старшее поколение медицинских работников находит ее странной, так как традиция обязывала не к информированию пациента, а к утаиванию от него реального положения дел. Медики стремятся управлять пациентами, а не получать их согласие.

Гиппократ нашел бы концепцию информированного согласия очень странной, так как он полагал, что большинство обстоятельств, связанных с болезнью, следует скрывать от пациентов, и что в особенности пациентам нельзя ничего сообщать по поводу их настоящего или будущего состояния. Великий греческий врач явно не верил в то, что он нуждается в согласии пациента.

Те, кто пользуется *патерналистской моделью* врача, будут еще строить свои взаимоотношения с пациентом в патерналистском (покровительственном) духе.

Те, кто следует *коллегиальной модели*, и видят в пациенте полноправного партнера в процессе исцеления, понимают, что информированное согласие является не только этической необходимостью, но и необходимым компонентом медицинского обслуживания.

Согласно *контрактной модели*, информированное согласие является актом, которым контракт точно определяется.

Независимо от позиции медика «...необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является добровольное согласие информированного пациента» (Статья 27 «Закона Республики Беларусь о здравоохранении» 11.01.2002 г.).

Для информированного согласия пациента или его законного заместителя должны присутствовать следующие условия:

1) пациент, или соответствующий заместитель, должен быть компетентным, или способным принимать решение, то есть, иметь способность понимать последствия согласия и быть свободным от принуждения и чрезмерного влияния, которое существенно уменьшило бы его свободу;

2) профессионал здравоохранения, в пределах требований его особой роли, обязан предоставить необходимую информацию и удостовериться в том, что она была понята.

Если любое из этих условий отсутствует, в таком случае нет согласия информированного пациента и, таким образом, нет разрешения на лечение. Иногда для лечения пациента требуется разрешение суда.

Если пациент должен сделать обдуманный и свободный выбор с полным пониманием его последствий, то медицинский работник, а врач в особенности, должен предоставлять информацию относительно этих последствий. Тип и объем информации, которая дается, зависит от критериев для ее раскрытия.

Существует четыре конкурирующих правила, или критерия, для раскрытия информации пациенту: 1) правило предпочтения пациента, 2) правило профессионального обычая, 3) правило благоразумной личности 4) правило раскрытия информации важной для конкретного лица.

**А. Правило предпочтения пациента** предписывает, чтобы профессионал здравоохранения сообщал пациенту то, что пациент желает знать.

Чаше всего, пациенты не выражают желания к получению информации. Многие пациенты не знают о том, что они имеют право и обязанность требовать информации. Независимо от причины отказа пациента от сообщения ему информации пациенты будут оставаться с недостаточными данными для принятия решения. Такое правило не содействует автономии, а также по-настоящему не включает уважительного отношения к пациенту.

**Б. Правило профессионального обычая** гласит, что профессионал здравоохранения должен говорить пациенту то, что в соответствии со стандартом и обычаем сообщается пациентам в подобных ситуациях.

В течение долгого времени это правило было действующим правилом. Оно все еще является правилом, которое практикуют многие врачи. Есть два главных возражения против правила профессионального обычая.

*Во-первых*, оно предоставляет врачу свободу аннулировать права пациента, прямо скрывая относящуюся к делу информацию. Такое утаивание может быть наихудшим видом манипуляции, хотя бы оно

и предназначалась для блага пациента. Одно исследование обращает внимание на то, что 50 % пациентов отказываются от лечения, если им говорят о потенциальных осложнениях [8]. Мотив к сокрытию информации не является ни этическим, ни законным.

*Во-вторых*, профессиональный обычай – это миф. На практике это правило означает, что врач использует свое собственное пристрастие или неосведомленность в качестве стандарта.

*В. Правило благоразумной личности* опирается на допущение, что раскрытие врачом информации пациенту должно определяться потребностью пациента в информации, имеющей существенное значение в принятии решения согласиться на лечение или отказаться от него.

Это правило заставляет профессионала здравоохранения предоставлять информацию, которую благоразумная рассудительная личность будет желать перед принятием решения о согласии на лечение или отказе. Подобная информация может включать в себя несколько пунктов [6].

1. Диагноз.
2. Характер и цель предлагаемого лечения.
3. Знать риски и последствия предлагаемого лечения, исключая те возможности, которые являются слишком отдаленными и маловероятными, что бы иметь существенное отношение к процессу принятия решения разумной личности, или являются слишком хорошо известными, чтобы их требовалось излагать. Должны быть учтены нормы успеха и неудачи поставщика медицинской услуги и учреждения относительно предлагаемых процедур.
4. Выгоды, которые ожидаются от предлагаемого лечения, с оценкой вероятности того, что эти выгоды могут быть осуществимы.
5. Все альтернативные виды лечения, которые обоснованно могли бы применяться. Всю информацию, упомянутую выше в пунктах 3 и 4, следует давать также относительно альтернатив.
6. Предсказание дальнейшего течения болезни, если не проводить лечение.
7. Все издержки, включая степень и продолжительность страдания (боли), обычно предполагаемого; потенциальное воздействие на стиль жизни и способность возобновить работу; а также финансовые расходы, связанные с лечением и с реабилитацией. Пациенту следует также сообщить, будет ли страховка покрывать счета.

*Г. Правило раскрытия информации важной для конкретного лица* обязывает профессионала здравоохранения изложить пациенту все, что было бы существенным или важным индивидуальному пациенту, а не просто вымышленному рассудительному и благоразумному человеку, когда он принимает решение. Фактор был бы существенным

или важным, если бы он мог изменить решение этого индивидуально-го пациента [4].

Это правило учитывает субъективные и объективные факторы, важные для конкретного индивидуального пациента, а не для беспристрастного и благоразумного гипотетического человека. Применение этого правила требует, чтобы врач действительно стремился узнать пациента и выяснить, что является для него важным. Это, в свою очередь, предусматривает реальный диалог между пациентом и профессионалом, или между заместителем и профессионалом.

Таким образом, пациента следует информировать обо всех вещах, о которых благоразумная личность желала бы знать, плюс о тех вещах, которые являются важными конкретному индивидуальному пациенту.

При этом профессионал преследует цель – дать возможность пациенту или его заместителю сделать выбор, основанный на понимании последствий.

В связи с этим *обязанностью врача* является представление информации таким образом, чтобы пациент или его заместитель понимал последствия своего решения. Врач, прежде чем проводить лечение, должен получить от своего пациента информированное согласие на основе сообщения нужной информации, а не только изложения фактов.

*Этика требует* от врача, чтобы он удостоверился в понимании пациентом последствий своего решения с точки зрения важных для него обстоятельств. Если нет понимания, нет согласия и, следовательно, отсутствует разрешение на лечение.

*Без информированного согласия врачу можно приступать к лечению при следующих условиях:*

- 1) пациент должен быть неспособным давать согласие, и нет в наличии законного заместителя, который мог бы дать такое согласие;
- 2) существует угроза для жизни или опасность серьезного ухудшения здоровья;
- 3) безотлагательное лечение является необходимым для предотвращения этой угрозы.

#### 4. Патернализм

Слово «патернализм» происходит от латинского слова «pater», имеющего значение «отец». В его словарном значении, оно указывает на управление, или осуществление контроля над другими, способом, который напоминает отношение отца к своим детям.

*Патернализм* есть принудительное вмешательство, ограничение или присвоение свободы действия индивидуума, обусловленное единственно заботой о его благе. В рамках медицинской этики он

подразумевает действие без согласия, или даже вопреки пожеланиям, пациента, с намерением принести ему пользу или, по меньшей мер, предотвратить вред.

Патернализм включает в себя:

- отсутствие согласия или даже не принятие во внимание согласия;
- милосердный мотив (благополучие пациента).

*Не является патернализмом, если:*

1) врач или другой поставщик медицинской услуги действует, чтобы препятствовать пациенту причинить серьезный вред другим (это есть уполномоченное государством право осуществлять охрану порядка, которое санкционируется законом);

2) врач, или другой профессионал здравоохранения берет верх над пациентом ради удобства или своей выгоды (медсестра в желании закончить свое дежурство проводит болезненную процедуру, прежде чем наркотик оказал действие);

3) врач, или другой профессионал здравоохранения, отказывается идти навстречу пожеланиям пациента, потому что эти пожелания противоречат совести или профессиональным стандартам врача (в этом случае профессионал действует ради своей собственной совести, а не единственно ради благополучия пациента; во всяком случае, врач, или другой профессионал здравоохранения, не является простым слугой пациента).

Патернализм, следовательно, имеет место тогда, когда врач, или другой профессионал здравоохранения, вмешивается, чтобы предотвратить пациента от причинения себе вреда в любом существенном отношении.

Врач и другие профессионалы здравоохранения, не имеют права навязывать ценностные суждения пациентам на основании того, что *«доктор знает лучше»*.

Решения относительно здоровья, жизни и смерти не являются только медицинскими решениями, а включают в себя благо общества, благо третьих лиц, а также ценности пациента.

В то время как врач, или другой поставщик медицинских услуг, является компетентным, чтобы давать совет относительно медицинских аспектов и даже относительно медицинских преимуществ, *пациент имеет право и обязанность принимать решение.*

### *Литература*

1. Бартко А.Н., Михайловска-Карлова Е.П. Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы. – Ч. 2. Принципы и основные проблемы биомедицинской этики. – М.: ММСИ, 1999. – 275 с.



2. Кант И. Основы метафизики нравственности: Метафизика нравов. Часть 2. Метафизические начала учения о добродетели. В кн.: Кант И. Критика практического разума. – СПб.: Наука, 1995.
3. Biomedical ethics / Ed. By Mappes Th.A., Zembety J.S. – 2d ed. – N.Y. ets: McGraw-Hill, 1986. – P. 26-29.
4. Faden R.R., Beauchamp T.L. A History and Theory of Informed Consent. – N.Y.: Oxford University Press, 1986.
5. Garret Th., Baillie H.W., Garret R.M. Health care ethics: Principles and problems. – 2nd ed. – Englewood Cliffs (N.J.): Prentice Hall, 1993. – P. 29.
6. Meisel A. The Right To Die. – N.Y.: John Wiley and Sons, 1989. – P. 27.
7. Mill J.S. Utilitarianism, On Liberty, and Essays on Mill. / Ed. With into. By Mary Warnock. – N.Y.: New American Library, 1974. – P. 134-138.
8. Van De Veer D. Paternalistic Intervention: The Moral Bounds on Benevolence. – Princeton, NJ: Princeton University Press, 1986.

## **ЛЕКЦИЯ 12.**

### **ПРИНЦИПЫ НЕПРИЧИНЕНИЯ ВРЕДА БЛАГОДЕЯНИЯ В МЕДИЦИНЕ**

Человек по своей природе не может избежать всего зла и сделать всего добра. Поэтому общие формулировки принципов «Не причинения вреда» («Избегай зла») и «Благодеяния» («Делай добро») воспринимаются как общие и малоинформативные.

Сейчас медицинские работники (особенно врачи) нуждаются в более специфических формулировках, которые помогли бы им отбирать возможности и делать этические выборы. Только тогда проблема, как сделать добро и избежать зла, будет не просто вопросом принципов, но и вопросом практической мудрости врача.

#### **1. Принцип не причинения вреда («не навреди»)**

Этот принцип является старейшим в медицинской этике. В латинской формулировке он выглядит так: *«primum non nocere»*, что переводится на русский как «прежде всего – не навреди (или – не повреди)». Нередко в принципе «не навреди» усматривают суть врачебной этики Гиппократов, однако на самом деле в его трудах такого утверждения нет.

В клятве Гиппократов говорится: *«Я направляю режим больных к их выгоде сообразно с моими силами и моим разумением, воздерживаясь от причинения всякого вреда и несправедливости»*, но в контексте всей клятвы эти слова трудно признать ее основным мотивом, хотя бы потому, что на первое место – и по последовательности изложения, и по смыслу – в клятве поставлены чрезвычайно сильные обязательства вступающего в профессию по отношению к своему учителю [2].

В современной литературе по медицинской этике этот принцип носит название «Не причинения вреда» [5,6]. *«Если мы не можем помочь кому-либо, тогда, по меньшей мере, мы не должны причинять ему вред»* – вот основной смысл этого принципа.

##### **1.1. Понятие и обязательство не вредить**

Вред, который мы должны избегать, обыкновенно понимают как физический или душевный. Тем не менее, вред может представлять собой также ущерб чьим-либо интересам, то есть несправедливое присвоение моей собственности или ограничение моего доступа к ней. Или мне могут нанести ущерб несправедливым ограничением моей свободы слова или действия. Если даже не было бы необходимого физического воздействия на меня от этих последних ущербов, тем не менее, они являются подлинным вредом для меня [1].

Моральный долг не вредить ясно налагает обязанность не вредить кому-либо умышленно, или прямо. Но это моральное обязательство запрещает также подвергать других людей риску причинения вреда.

*Пример.* Если я веду автомобиль слишком быстро, я не могу фактически причинить кому-либо вред, но я могу, несомненно, подвергнуть риску причинения вреда отдельных людей. Таким образом, обязательство не вредить обычно запрещает превышение скорости.

Но существуют другие ситуации (медицинские), в которых людям фактически причиняют вред или подвергают риску нанесения вреда, а обязательство не вредить не нарушается. В связи с принципом непричинения вреда в медицине важным является определение того, что именно понимается под вредом применительно к деятельности врача, к его взаимоотношениям с пациентами [6].

Со стороны врача можно различить следующие *формы вреда*:

1. *Вред, вызванный бездействием, неоказанием помощи тому, кто в ней нуждается.* Только в некоторых случаях мы будем здесь иметь дело с правонарушением, т.е. с невыполнением такого обязательства, которое полагается законом либо иным нормативным документом. Поэтому в таких ситуациях проблема является не столько моральной, сколько юридической или административной.

*Пример.* Врач, который находится на дежурстве, не выполняет тех действий, которые он должен осуществить в отношении данного пациента. Тогда он будет ответственным, во-первых, в силу самого факта невыполнения обязанностей и, во-вторых, в зависимости от тех последствий, которые повлекло его бездействие (первая ответственность будет деонтологической, а вторая – утилитаристской природы).

При этом если по первому обстоятельству ответственность будет безусловной, то по второму она может быть в какой-то мере снята (если врачу пришлось потратить время и силы на помощь другому пациенту, находящемуся в более тяжелом состоянии).

Тем не менее, пациент, которому не была оказана помощь, либо его родственники могут предъявить врачу претензии вплоть до судебного иска.

Иное дело – когда *врач не находится при исполнении своих служебных обязанностей.* В художественной литературе, в кино нередко обыгрывается такой сюжет, когда, например, в поезде или самолете возникает необходимость экстренного медицинского вмешательства, и экипаж обращается к пассажирам примерно таким образом: «Если среди вас есть врач, просим его оказать помощь».

В этой ситуации, врач, оказавшийся среди пассажиров, может самоустраниться, и привлечь его к уголовной ответственности, даже если окружающие каким-то путем узнают о его профессии, будет

весьма непросто (по американским законам врач частной практики в подобном случае вообще не подлежит юридической ответственности).

Однако в моральном отношении такое бездействие явно будет предосудительным, и, к примеру, профессиональная ассоциация американских врачей вполне может лишить совершившего этот поступок лицензии, дающей право заниматься медицинской практикой.

**2. Вред, вызванный недобросовестностью, злым или корыстным умыслом.** В данной ситуации вред причинен вследствие ненадлежащего исполнения врачом своих прямых обязанностей.

Пример. Врач просто поленился выполнить какую-либо полагающуюся в данном случае процедуру. Его действия тоже является объектом скорее административно-юридического, чем этического интереса, хотя и заслуживает безусловного морального осуждения.

**3. Вред, вызванный неверными, нерасчетливыми или некачественными действиями.** В данном случае причиной вреда является неумение врача качественно выполнять свои обязанности.

Понятие квалификации врача имеет не только сугубо техническое, но и моральное содержание: *тот, кто, став врачом, не умеет делать того, что обычно делает врач, достоин морального осуждения.*

Здесь, впрочем, многое зависит от того, как понимается слово «обычно»: одно дело – если речь идет о рядовом, «среднем» враче, и совсем другое – если о специалисте высокой квалификации.

Во втором случае вполне обоснованно может применяться и такой критерий, как умение делать все то, что относится сегодня к переднему краю медицинской науки и практики. Это значит, что *к врачу высокой квалификации предъявляются повышенные требования, причем не только в специальном, но и в моральном отношении.*

**4. Вред, вызванный объективно необходимыми в данной ситуации действиями.** Это объективно необходимый вред. Сама постановка вопроса о таком вреде может показаться парадоксальной: как же так, ведь пациент и обращается к врачу, предполагая получить некоторое благо, скажем, избавление от боли, при чем же здесь вред?

Однако при более внимательном рассмотрении выясняется, что едва ли не каждое такое обращение к врачу несет в себе и тот или иной вред для пациента. Если взглянуть на ситуацию *со стороны пациента*, то можно увидеть самые разные виды вреда:

– сам по себе визит к врачу требует затрат времени (а теперь нередко и денег), которое пациент вполне мог посвятить чему-то другому, более приятному для него, либо из-за этого визита не смог сделать какие-то важные для себя дела;

– врач предписывает пациенту какой-то определенный режим, то здесь вред выражается в некотором, и порой весьма существенном, ограничении возможностей пациента, его свободы.

В случае же госпитализации этот вред, связанный с ограничением возможностей, становится особенно значительным.

**5. Вред, связанный с информированием пациента о его состоянии и прогнозе его заболевания.** В этом случае вред может быть связан как с утаиванием информации, с обманом пациента, так и с сообщением ему правдивой информации.

С одной стороны, обманывая кого-либо, мы этим сами по себе наносим ему вред, поскольку унижаем его достоинство, не говоря уже о том, что человек, делающий что-то на основе недостаточной или неверной информации, может невольно нанести ущерб и себе, и окружающим.

Но, с другой стороны, вред может быть нанесен и в том случае, если пациенту дается правдивая, но обескураживающая информация о состоянии его здоровья, особенно когда это делается в жестоких формах, без учета его психического состояния.

**6. Вред, связанный с сообщением медицинской информации о пациенте третьим лицам.** В данном случае нарушается правило конфиденциальности. Раскрытие этой информации является нарушением закона, защищающего врачебную тайну.

В таких случаях мы не можем говорить о том, что данный вред неизбежен. Но и в тех ситуациях, когда закон допускает или даже требует раскрытия этой информации (но только строго определенному кругу лиц!), пациенту, тем не менее, может быть нанесен вред, который теперь уже оказывается неизбежным (хотя бы тем самым и была предотвращена опасность нанесения вреда другим людям, скажем, посредством их инфицирования).

В этом случае, как и в случае с обманом пациента, речь идет о причинении ему не физического, а морального вреда. Говоря о взаимоотношениях врача и пациента, необходимо иметь в виду обе эти категории вреда.

**7. Вред, связанный с применением болезненных врачебных процедур.** Здесь врач (разумеется, с благой целью – ради излечения болезни) причиняет пациенту физические боли.

В определенных ситуациях врач оказывается перед необходимостью нанести и более серьезный ущерб, например, увечье, которое делает пациента инвалидом. В отличие от всех других разновидностей вреда, которого можно и нужно избегать, в данном случае речь идет о таком вреде, который неизбежен, коль скоро предполагается, что пациент получит от врача некое благо.

И здесь важно, во-первых, чтобы причиняемый вред не превышал того блага, которое приобретается в результате медицинского вмеша-



тельства, и, во-вторых, чтобы при выбираемом варианте действий сам по себе этот вред был минимальным по сравнению со всеми другими возможными вариантами.

Вред, наносимый врачом, может относиться не только непосредственно к пациенту.

*Примеры.* 1. В ситуации, когда есть угроза жизни беременной женщины, может возникнуть необходимость аборта, т.е. нанесения неоправдываемого вреда невинному человеческому существу.

2. Жизнеподдерживающее лечение для одного больного может обернуться вредом для других, которые не смогут (в силу нехватки соответствующих ресурсов) получить доступ к аппаратуре, способной сохранить им жизнь.

В такого рода ситуациях, хотя принцип «не навреди» и сохраняет силу, однако одного его оказывается недостаточно для взвешенного и морально оправданного выбора.

Таким образом, принцип непричинения вреда имеет смысл понимать в том ключе, что *вред, исходящий от врача, должен быть только вредом объективно неизбежным и минимальным.*

Становится очевидным, что ситуации морального выбора в деятельности врача не есть нечто исключительное и редкое. Напротив, они (независимо от того, насколько сам врач чуток и восприимчив в моральном отношении) являются неотъемлемой составной частью его повседневной деятельности.

Необходимо также отметить, что вред, который могут принести пациенту действия врача, бывает намеренным либо ненамеренным.

О *намеренном вреде* говорят в случаях бездействия, умышленного причинения вреда и объективно неизбежного вреда. Его можно предвидеть заранее и оценить его возможные масштабы.

Но часто люди, в том числе и врачи, своими действиями причиняют *ненамеренный вред*. И здесь также возможны два варианта, когда вред не был предусмотрен из-за нежелания задуматься о возможных последствиях, либо когда он проистекает из неконтролируемых внешних обстоятельств.

### **1.2. Правило «двойного эффекта»**

Если выполнение действия будет производить хорошее и плохое следствие, то тогда возникает особого рода моральный конфликт. На основании хорошего следствия, кажется, что наш долг выполнить действие, но на основании плохого, кажется, что наш долг не делать его.

*Пример.* Если допустить, что смерть плода, есть само по себе плохое действие, то в гинекологической практике можно встретиться со следующим казусом.

*«У женщины на третьем месяце беременности обнаруживают рак матки. Если пытаться спасти жизнь женщины, матку следует удалить немедленно. Но если удалить матку, тогда будет потеряна жизнь не родившегося ребенка. Следует ли делать операцию?».*

Традиционным методом проверки правильности риска или вредных действий является *принцип двойного эффекта* [5]. Эта традиция имеет свой источник в традиционной римско-католической теологии, но получила широкое признание как *средство оценки моральной приемлемости риска или вреда*.

Принцип утверждает, что только такое действие следует выполнять, если оно имеет целью произвести хороший результат, плохой будет непредусмотренным, или побочным следствием.

Если быть более точным, то должны быть соблюдены *четыре условия*:

1. Само действие должно быть в моральном отношении хорошим или, по крайней мере, морально индифферентным. (То есть, действие, которое мы намереваемся выполнить, не должно быть злом или несправедливостью).

2. Вред, который мы принимаем во внимание, не должен быть средством, каким достигается хороший результат.

3. Мотивом должно быть достижение только хорошего результата. То есть, зло или вредное последствие не может быть умысленным, но только возможным и терпимым.

4. Должна иметься соразмерная причина, чтобы осуществить действие, несмотря на последствия, которые несёт сам поступок.

В рассмотренном выше случае сама операция, если её рассматривать как поступок, является, по крайней мере, в моральном отношении индифферентной. Сама по себе она суть ни хорошая, ни плохая. Это обеспечивает *первое условие*.

Если намереваются спасти жизнь матери, спасение не будет достигаться при помощи убийства плода. А это будет сделано посредством удаления раковой матки. Следовательно, выполняется *второе условие*.

Мотивом хирургической операции, можем мы предположить, является не смерть плода, а спасение жизни женщины. Если это так, тогда удовлетворяется *третье условие*.

И, наконец, поскольку обе жизни находятся под угрозой, хороший результат (спасение жизни женщины) является, по крайней мере, равным плохому последствию (смерть плода). *Четвёртое условие*, таким образом, также выполняется.

При обычных обстоятельствах, в таком случае, условия считались бы удовлетворенными, и такая операция была в моральном отношении оправдана.

Традиционно этот принцип делает определённые допущения в

отношении действий: имеются некоторые действия, о которых известно, что они являются неправильными независимо от обстоятельств, как, например, аборт или эвтаназия.

Так что не имеет значения обсуждение обстоятельств, которые могли бы сделать когда-либо допустимым сам акт эвтаназии, потому что такое действие обычно считается неправильным само по себе и, как правило, никогда не удовлетворяет первому критерию.

### *1.3. Правило пропорциональности*

Споры о том, являются ли действия неправильными сами по себе, склонили некоторых ученых сосредоточиться на *четвёртом критерии* как на ключевом элементе в принятии морального решения [7].

На их взгляд, четвёртый критерий означает, что можно и не знать заранее, является ли неправильным какое-либо действие, а большое значение имеет определение того, существует ли пропорциональная причина его выполнения. Эта более простая формулировка получила название принципа пропорциональности.

Он предусматривает следующее: должно существовать пропорциональное благо, оправдывающее принятие или риск плохих последствий, чтобы предусмотренное действие непосредственно не шло в разрез достоинству индивидуальной личности (внутреннему благу) [8].

Ричард Маккормик установил *три фактора*, которые необходимо принять во внимание, когда определяют, является ли причина пропорциональной:

- 1) *находится под угрозой ценность, по крайней мере, равная по важности ценности, приносимой с жертвой;*
- 2) *нет менее опасного способа, здесь и сейчас, чтобы предохранить благо, которое мы стремимся приобрести;*
3. *образ действия, которым достигается ценность, не должен подрывать эту ценность в будущем* [9].

Эта точка зрения состоит в том, что установление пропорциональной причины не уподобляется решению арифметической задачи. Скорее нам необходимо проявлять благоразумие и оценивать влияние наших действий на другие ценности.

Моральное обязательство «не навреди» остаётся в силе, как строгое напоминание о нашем долге не вредить, но в том случае, когда некоторый вред или риск вреда представляется необходимым, тогда мы должны нести моральную ответственность за принятие такого решения.

Принцип пропорциональности позволяет дать следующую формулировку принципа «Не причинения вреда»:

*«Избегай зла и вредных последствий, пока у тебя нет пропорциональной причины, чтобы рисковать или допустить их».*

## 2. Принцип благодеяния

Этот принцип является расширением и продолжением предыдущего. Некоторые специалисты по медицинской этике даже склонны объединять оба принципа в один. Однако, между ними есть и серьезные различия, оправдывающие их раздельное рассмотрение, особенно применительно к биомедицине.

Принцип непричинения вреда известен далеко за пределами медицины. Нередко его вполне оправданно считают минимально необходимым, т.е. исходным требованием всех вообще моральных взаимоотношений между людьми. Сама формулировка этого принципа в виде запрета свидетельствует о том, что он является, прежде всего, ограничивающим. Кроме того, в форме запретов обычно излагаются наиболее сильные моральные нормы. Если человек, а не только врач, опасается, что его поступок может причинить вред другому, то ему лучше воздержаться от действия.

*Принцип благодеяния («делай благо») – это не запрет, а такая норма, которая требует некоторых позитивных действий. Его смысл передается иногда с помощью таких слов, благотворительность, милосердие, филантропия.*

К сожалению, за прошедшие десятилетия сложилась традиция (сейчас она только начинает изживаться) пренебрежительного, а нередко даже циничного отношения к тому, что стоит за этими словами. Порой считается, что такого рода действия представляют собой нечто необязательное, надуманное, а то и вовсе лицемерное.

Дело в том, что эти действия предполагают в первую очередь не столько рациональные соображения, сколько такие чувства и эмоции, как *сострадание, жалость*, которые порой рассматриваются как нечто, подчеркивающее слабость, а значит, оскорбительное и унижающее того, на кого они направлены. И долгое время считалось, что благотворительность по отношению к конкретному человеку лишь отвлекает от решения глобальной задачи – создания таких социальных условий, когда все будут сильными и никого не надо будет жалеть.

Увы, как оказалось, слабость, боль и страдание – это отнюдь не временные, присущие только определенным этапам истории, а неискоренимые спутники человеческого существования в этом мире...

*Принцип «делай благо» акцентирует необходимость не просто избегания вреда, но активных действий по его предотвращению и (или) исправлению. При этом имеется в виду не только и*

не столько тот вред, который вольно или невольно причинен врачом, а любой вред, который врач в состоянии предотвратить либо исправить, будь это боль, страдание, недееспособность, наконец, смерть пациента.

Существуют определенные сложности в понимании и обосновании принципа «делай благо». Так, в самой крайней форме он может истолковываться в смысле *обязательного самопожертвования и крайнего альтруизма*.

Некто, действуя в соответствии с этим принципом, мог бы счесть себя обязанным предложить для пересадки любому, даже незнакомому человеку свою почку, а то и обе почки, иначе говоря, отдать собственную жизнь. Но, очевидно, было бы неразумно и, более того, безнравственно требовать от человека такой степени самопожертвования.

Поэтому иногда принцип «делай благо» понимается как *моральный идеал, а не моральное обязательство* – хотя следование ему и заслуживает одобрения, но вместе с тем нельзя считать аморальным и осуждать того, кто отказывается делать добро другому.

Таким образом, обоснование этого принципа сводится к простому вопросу о том, можно ли и если да, то в каких случаях, говорить об обязанности делать благо?

Можем ли мы, к примеру, требовать от того, кто плохо плавает, чтобы он бросился спасать человека, тонущего в полусотне метров от берега? И, с другой стороны, если этому плохому пловцу надо проплыть лишь два-три метра, чтобы передать тонущему спасательный круг, можно ли считать, что он морально не обязан сделать этого?

Анализируя этот пример, известные американские специалисты Том Бичамп и Джеймс Чилдресс [6] предлагают в поисках ответов опираться на такую схему: некто X имеет обязательство совершить благо в отношении другого человека, Y, если и только если выполняется каждое из следующих условий, причем X знает об этом:

- 1) *перед Y стоит значительная угроза;*
- 2) *для предотвращения этой угрозы необходимы действия X (одного или совместно с другими людьми);*
- 3) *есть большая вероятность того, что действия X предотвратят эту угрозу;*
- 4) *действия X не влекут существенного риска, затрат или потерь для него;*
- 5) *ожидаемое благо для Y перевешивает вероятный риск, затраты или потери для X.*

Очевидно, что с точки зрения этой схемы наш плохой пловец будет обязан предпринять действия по спасению тонущего во втором случае и не будет, в силу условий 4) и 5), обязан делать этого в первом случае.

Естественно, в разных этических теориях обязанность делать добро обосновывается по-разному.

Так, *утилитаристы* считают ее непосредственным следствием принципа пользы – делая добро другим, мы увеличиваем общее количество блага в мире.

В *деонтологической* этике Канта она является требованием, вытекающим из категорического императива: *если ты хочешь, чтобы делание добра другим было всеобщей нормой и чтобы другие делали тебе добро, делай и сам добро другим* [3].

Д. Юм обосновывал необходимость делать добро другим природой социальных взаимодействий: *живя в обществе, я получаю блага от того, что делают другие, а потому и я обязан действовать в их интересах.*

До сих пор мы обсуждали принцип «делай благо» применительно к таким ситуациям, в которых обе участвующие стороны не связаны между собой какими-либо специальными отношениями. Однако существуют определенные *типы «специальных» отношений*, когда обязательство делать добро становится более весомым.

1. Если человеку предлагают пожертвовать свою почку для пересадки, которая может спасти жизнь кому-то, кто не является его родственником, то нельзя сказать, что для этого человека такое самопожертвование является обязанностью. Если же донором почки будет родитель, а реципиентом – его ребенок, то в этом случае такой акт благодеяния будет представляться много более обязательным. Здесь отношения являются специальными в том смысле, что быть родителем – значит выступать в *определенной социальной роли*, которая налагает достаточно серьезные обязательства.

2. Другой тип специальных отношений – это отношения, определяемые каким-либо *соглашением, договором, контрактом* (причем далеко не всегда зафиксированным в виде документа), которым могут обуславливаться действия, направленные на обеспечение блага участвующих сторон.

3. Еще один тип специальных отношений, предполагающих определенные обязательства по обеспечению блага – это *отношения между профессионалом, с одной стороны, и клиентом, пациентом, потребителем* оказываемых этим профессионалом услуг – с другой. Профессионал – это *врач, юрист, милиционер, преподаватель, тренер* и т.п., тот, кто обладает специфическими знаниями и умениями и выступает в соответствующей социальной роли. Социальный смысл, предназначение его деятельности и состоит в том, чтобы делать благо для людей, которые к нему обращаются за помощью.

Трудно представить отдельного врача, а тем более всю систему здравоохранения и медицины, которая бы ограничивалась лишь задачей непричинения вреда пациентам. В таком случае у общества про-



сто не было бы оснований поддерживать эту систему. Поэтому целью всего здравоохранения является не просто избежание вреда, а обеспечение блага пациентов, а значит, и всех людей и общества в целом.

*Пример.* Когда были изобретены методы предотвращения таких болезней, как желтая лихорадка или чума, вполне естественным было осуществление позитивных действий, т.е. принятие специальных программ профилактики этих тяжелых заболеваний, осуществляемых в общенациональных масштабах. Напротив, не предпринимать эти меры было бы морально безответственным.

В целом то благо, которое обязаны преследовать врачи и другие медицинские профессионалы – это обеспечение здоровья пациентов. Задача здравоохранения – предупредить потерю здоровья, если это возможно, восстановить утраченное здоровье пациента, коль скоро есть разумная надежда на его излечение, хотя в ряде случаев приходится довольствоваться и меньшим, например, тем, чтобы приостановить прогрессирующее развитие болезни или даже (в случае паллиативной медицины) облегчить боли и страдания умирающего.

В клятве Гиппократата обязанность делать добро в качестве безусловного долга распространяется на отношение вступающего во врачебное сословие к своему учителю и даже к его семье. Что же касается отношения к пациентам, то в этом смысле клятва оказывается далеко не столь категорически обязывающей. Здесь врач выступает скорее как представитель гильдии или цеха, т.е. корпорации, добровольно вступающий в контакт с теми, кто хочет и может обратиться к нему за помощью. Его социальная роль в отношениях с ними – это в буквальном смысле слова роль благодетеля, т.е. того, кто делает благо.

В современной медицине на первый план выступают обязательства врача по отношению к обществу и к своим пациентам. Основанием этих обязательств можно считать полученное врачом образование (сегодня оно в преобладающей мере осуществляется за счет ресурсов общества), привилегии, которые общество дает этой профессии или предоставляемую благодаря работе с пациентами возможность приобретать и совершенствовать практическое мастерство, а также проводить исследования.

В целом, *в отличие от времен Гиппократата, для современного врача обязанность делать благо для пациентов является намного более императивной.*

Еще одна проблема, связанная с принципом благодеяния, касается того, *кто определяет содержание того блага или добра, которое должно быть сделано.*

В клятве Гиппократата есть такие слова: «Я направлю режим больных к их выгоде сообразно с моими силами и моим разумением...» [2]. Многовековая традиция медицинской практики состоит в

том, что в каждом конкретном случае именно врач решает, в чем состоит благо пациента. Такой подход принято называть *патерналистским* (от лат. *pater* – отец), поскольку врач при этом выступает как бы в роли отца, который не только заботится о благе своего неразумного ребенка, но и сам определяет, в чем состоит это благо.

Медицинский патернализм предполагает, что врач может опираться лишь на собственные суждения о потребностях пациента в лечении, информировании, консультировании. Позиция патернализма позволяет оправдывать принуждение пациентов, их обман или сокрытие от них информации, коль скоро это делается во имя их блага.

Во всем мире патерналистские позиции в области медицины оставались преобладающими и не ставились под сомнение вплоть до середины XX столетия.

Скачкообразный отход от них обусловлен, прежде всего, *быстрым ростом самосознания населения*. Люди стали понимать, что в плюралистическом обществе сосуществуют разные системы ценностей. Что касается ценностей врача, то его представления о благе пациента могут и не совпадать (порой весьма существенно) с ценностями самого пациента и его представлениями о собственном благе.

### *Литература*

1. Бартко А.Н., Михайловска-Карлова Е.П. Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы. – Ч. 2. Принципы и основные проблемы биомедицинской этики. – М.: ММСИ, 1999. – 275 с.
2. Гиппократ. Клятва. Закон о враче. Наставления / Пер. с греч. В.И. Руднева. – Мн.: Современный литератор, 1998. – 832 с.
3. Кант И. Основы метафизики нравственности: Метафизика нравов. Часть 2. Метафизические начала учения о добродетели. В кн.: Кант И. Критика практического разума. – СПб.: Наука, 1995.
4. Михайлова Е.П. Бартко А.Н. Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы. – Ч. 1. Теория и принципы биомедицинской этики. – М.: Изд-во ММСИ, 1995. – С. 42-44.
5. Этика практической психиатрии: Руководство для врачей / Под ред. Проф. В.А. Тихоненко. – М.: Право и Закон, 1996. – 192 с.
6. Beauchamp T. L., Childress J. F. Principles of Biomedical Ethics. – Fourth Edition. – N. Y. – Oxford: Oxford Univ. Press., 1994.
7. Bioethics: basic writings on the key ethical questions that surround the major, modern biological possibilities and problems / ed. By Thomas A. Shannon. – 4 th ed. – New Jersey: Paulist Press, 1993. – P. 7.
8. Garret Th., Baillie H.W., Garret R.M. Englewood Cliffs (N.J.): Prentice Hall, 1993. – P. 58.
9. Richard McCormick, S.J. Ambiguity and Moral Choice. - Department of Theology, Marquette University. – P. 93.

## ЛЕКЦИЯ 13. ПРИНЦИП СПРАВЕДЛИВОСТИ В МЕДИЦИНЕ

### 1. Понятие справедливости

«Справедливый», «справедливость» – эти термины достаточно часто используются нами в повседневной речи. Понятие справедливости, используемое в контексте медицинской этики, является более узким, ограниченным и вместе с тем более строгим. Именно в таком ограниченном смысле оно и будет употребляться нами в дальнейшем.

Нередко мы можем услышать: «...имеющиеся данные позволяют считать справедливым (в смысле – обоснованным) следующий вывод...». Иногда применительно к какому-либо поступку термин «справедливый» понимается в смысле «морально одобряемый», «правильный». Например, обман какого-нибудь человека считается несправедливостью по отношению к нему.

При испытаниях новых лекарственных препаратов или методов лечения обычно бывает необходимо разбивать испытуемых на две группы. Те, кто вошел в первую группу, получают испытываемый препарат. Тем же, кто оказался в другой группе (контрольной) вместо этого препарата дают безвредную имитацию его – плацебо, причем сами они об этом не знают. Можно сказать, что обман испытуемых из второй группы является несправедливостью по отношению к ним.

Что касается принципа справедливости, как он понимается в медицинской этике, то его можно сформулировать следующим образом: *«Каждый должен получать то, что ему причитается».*

«Каждый» – это может относиться либо к отдельному человеку, либо к группе людей, выделяемых по тому или иному основанию.

Например, будет справедливо, если автор выдающегося научного открытия получит за него премию, и будет несправедливо, если вместо него эту премию получит другой. Будет справедливым распределять социальное пособие среди членов такой социальной группы, как малообеспеченные граждане, и будет несправедливым раздавать его всем подряд.

В отличие от других этических принципов принцип справедливости предназначен для ориентировки в таких ситуациях, когда наши оценки, решения и действия затрагивают не кого-то одного, а разных людей или разные социальные группы.

При изучении этого принципа надо придерживаться того, что у Аристотеля получило название *«распределительной справедливости»*. Сюда относится либо справедливое распределение некоторого ресурса (финансы, квалифицированные специалисты, медицинские установки и препараты) между теми, кто в нем нуждается, либо бремя

затрат, расходов, возникающих при осуществлении каких-либо социально необходимых мероприятий.

## 2. Критерии справедливости

Основной проблемой при рассмотрении «распределительной справедливости» являются *критерии распределения*, то есть те характеристики и качества нуждающихся (или, наоборот, несущих затраты), которые необходимо принимать в расчет.

Эта проблема возникает лишь тогда, когда данный *ресурс количественно ограничен*. Например, воздуха на нашей планете хватает на всех, и потому его распределение не вызывает трудностей, которые требовали бы обращаться к принципу справедливости.

Целесообразно различать макрораспределение и микрораспределение [1].

Проблемой *макрораспределения* является определение той доли средств, которая при составлении государственного бюджета будет отдана на здравоохранение.

При этом *микрораспределением* будет размещение выделенных в бюджете средств между различными регионами либо между различными отраслями здравоохранения. Применительно к отдельному региону это будет задачей макрораспределения; микрораспределением же в данном случае будет определение доли средств, выделяемых каждому району. Такое же различие можно провести и на уровне района и на следующих, более низких уровнях.

Основная трудность, с которой приходится иметь дело при распределении ограниченного ресурса, состоит в определении того, какая его доля должна по справедливости причитаться каждому, кто в нем заинтересован. Для решения этой задачи приходится обращаться к тем или иным критериям справедливости.

Известен восходящий к Аристотелю *критерий справедливости*, который можно сформулировать так: «*Равные должны рассматриваться равно, а неравные должны рассматриваться неравно*».

Разные люди пользуются разными критериями, так что представляющееся справедливым для одного отнюдь не будет таковым для другого. Поэтому очень часто действительной причиной разногласий и конфликтов между людьми при распределении тех или иных ресурсов или издержек бывает не столько преднамеренное нарушение справедливости, сколько различия в ее понимании.

Важным показателем социальной справедливости являются *материальные критерии справедливости*.

1. Первым и наиболее простым для понимания является *критерий равенства*: «*Каждый должен получить по равной доле*». Такой критерий действует в сфере начального и среднего образования.

В медицине же может возникнуть проблема, когда кому-то распределяемый ресурс (лекарство или место в специализированной больнице) может быть вовсе не нужен, тогда как другому он жизненно необходим, а доля, получаемая им при равном распределении, для него недостаточна. Такое распределение не принесет блага ни первому, ни второму.

2. *Критерий потребности* в таком случае будет более целесообразным. Именно этот критерий заложен в знаменитой формуле коммунизма: «Каждому – по потребностям». Однако одна и та же потребность у одного будет диктоваться, скажем, капризом или завистью, тогда как для другого она будет жизненно необходимой.

Поэтому для решения проблемы распределения и соразмерения вводится дополнительное условие: *удовлетворение только разумных или только фундаментальных потребностей*. Но и в таком случае может возникнуть проблема, так как очень часто того или иного ресурса не хватает для удовлетворения даже фундаментальной потребности всех тех, кто в нем нуждается. Так бывает, например, с очень дорогостоящим либо совершенно новым, уникальным медицинским оборудованием. И здесь волей-неволей приходится обращаться к другим критериям распределения.

3. *Социалистический принцип распределения: «Каждому – по труду»*. Этот критерий, основанный на том, что доля каждого определяется в зависимости от сделанного, произведенного им, не является достаточно четким: он не позволяет учесть, насколько производительными, эффективными были затраты. Переходом к этому критерию во многом определялась и определяется направленность реформ в отечественном здравоохранении – как сделать так, чтобы заработная плата медицинских работников зависела не столько от того, как много времени они проводят на работе, сколько от количества и качества пролеченных пациентов?

Этот же критерий фактически применяется и тогда, когда производитель получает оплату за сделанное им в зависимости не от вложенных в производство ресурсов и трудовых затрат, а от того, в каких масштабах и по каким ценам ему удастся реализовать свою продукцию.

4. Следующий критерий основан на том, что *доля каждого определяется его заслугами, достоинствами*. В простейшем случае такой заслугой может быть то, что данный пациент, ожидающий, когда ему будет пересажен донорский орган, оказывается *первым в очереди*. Или другие примеры: мы сочтем справедливым, если на конкурс места в вуз будут зачислены те, кто получил наивысшие баллы на вступительных испытаниях, или если в сборную команду страны будут включены самые сильные спортсмены.

Во многих случаях, однако, определить те качества претендентов, которые позволяют считать их наиболее достойными, бывает затруднительно. Действительно, если, скажем, хирургу надо выбрать, кому делать срочную операцию – маленькому ребенку либо знаменитому артисту, то выбрать в этой ситуации достойного будет очень непросто.

Известно, что во время второй мировой войны, когда только появился пенициллин, который был дефицитен, в американской армии его давали, прежде всего, не тем, кто был ранен в бою, а тем, кто заразился сифилисом. Как бы ни казался предосудительным такой подход с моральной точки зрения, он, однако, имел свое обоснование – заразившихся сифилисом благодаря такому лечению можно было быстро вернуть в действующую армию.

5. Наконец, последний критерий распределения заключается в том, что *доля каждого определяется механизмами рыночного обмена*. Например, какой-то ресурс будет доставаться тем, кто в состоянии больше за него заплатить. Здесь может возникнуть вопрос: а разве такое решение можно считать справедливым? Конечно, очень часто подобный подход вызывает возражения. Однако, если встать на позицию производителя или продавца товара либо услуги, то этот рыночный критерий станет не таким уж неприемлемым.

Таким образом, ни один из рассмотренных критериев не является абсолютным, пригодным на все случаи жизни. В то же время каждый из них имеет свою область, в которой он выглядит наиболее обоснованным. Более того, нередко мы, принимая конкретные решения, комбинируем два или более из этих критериев.

### **3. Справедливость и универсальное право человека на охрану здоровья**

В сознании белорусских граждан справедливость в здравоохранении непосредственно ассоциируется с всеобщим правом на получение бесплатной медицинской помощи. На протяжении столетий эта помощь была привилегией лишь состоятельных слоев населения. Начиная со второй половины XX века, постепенно формируется понимание, что охрана здоровья не просто услуга, оказываемая избранным, но неотъемлемое право человека.

Если у человека есть деньги, то он может купить себе автомобиль. Если денег нет, то придется обходиться без автомобиля. Хотя это и затрудняет иногда жизнь, но само по себе не является ограничением гражданских свобод и прав. *Невозможность получить квалифицированную медицинскую помощь вследствие недостаточной материальной обеспеченности в современном цивилизованном мире трактуется как серьезное нарушение прав человека и как фундамен-*



тальная проблема государственной политики, а не только медицинской этики.

Если системы здравоохранения реально не обеспечивают доступность определенного минимума медицинской помощи для всех граждан, то они не могут считаться справедливыми.

По свидетельству одного из ведущих американских теоретиков Роберта Витча: *«Фундаментальной предпосылкой современной медицинской этики является понимание того, что охрана здоровья должна быть правом человека, а не привилегией для тех, кто себе это может позволить»* [7].

Это суждение выражает некое магистральное направление развития здравоохранения в XX веке. После 1917 года в Советском Союзе была предпринята попытка обеспечить право на охрану здоровья каждого человека. Несмотря на все недостатки, следует признать, что в данном направлении был достигнут серьезный прогресс. Охрана здоровья населения, особенно малообеспеченных слоев, несравнимо улучшилась в послереволюционный период.

Резко снизилась смертность, заболеваемость, возросла продолжительность жизни. Была создана более справедливая, чем в царской России, система оказания медицинской помощи населению. Социалистические (по своему происхождению) идеи здравоохранения после второй мировой войны получили развитие во многих западноевропейских странах, обеспечив доступность медицинской помощи практически для всего населения этого региона. Со второй половины 60-х годов XX века началась реформа здравоохранения в США, также мотивированная пониманием, что охрана здоровья является не привилегией, а правом человека.

Таким образом, несмотря на глубокие исторические, идеологические и теоретические различия представлений о правильном устройстве и функционировании системы здравоохранения, в современном мировом сообществе сложилась общность понимания, что доступность медицинской помощи как базисное право человека на охрану здоровья является важнейшей компонентой справедливости общественного порядка в целом.

Однако, настаивая на праве граждан на охрану здоровья, следует не упускать из виду, что реализация этого права основывается на обязанности и объективных возможностях врачей его обеспечивать, охранять. При этом врачи также являются гражданами нашего общества, гражданами, которые должны обладать своими морально обоснованными и защищенными законом правами. Способность врача к труду, его профессиональный навык врачевания является его собственностью и достоянием.

Поэтому долг врача оказать помощь, в свою очередь, предполагает обязанность либо граждан самих (в частном секторе), либо через

общественные структуры (органы здравоохранения, компании обязательного страхования, благотворительные фонды) достойно вознаграждать его за проделанную работу. *Если врачу за его высококвалифицированный труд не платят зарплату вообще или платят ничтожную зарплату, то это является разновидностью социальной несправедливости.*

Нельзя справедливое право граждан на охрану здоровья решать за счет несправедливого отчуждения высококвалифицированного труда у тысяч наших соотечественников (медицинских работников). Это порождает *коррупцию* в деятельности врачей и других медицинских работников, которую необходимо рассматривать как *форму несправедливости.*

Она означает неравное противоправное распределение ограниченных ресурсов между гражданами, имеющими равные на них права по закону, и является результатом несправедливого отчуждения прав собственности на труд и профессиональные таланты медицинских работников.

Движение к гражданскому согласию невозможно без обеспечения прав граждан на охрану здоровья, но одновременно оно должно включать установление справедливой общественной оценки высококвалифицированного труда медицинских работников

#### 4. Современные концепции справедливости

##### 4.1. Утилитаризм

Позицию здравого смысла и обыденного опыта в трактовке понятия справедливости в наибольшей степени выражает утилитаризм – популярная в США и Великобритании философская и политическая доктрина, разработанная в прошлом веке английскими философами И. Бентамом и Дж.С. Миллем. Основной принцип утилитаризма прекрасно выражается крылатой фразой Максима Горького: «Человек создан для счастья как птица для полета».

Сторонники утилитаристского направления полагают, что морально обоснованы такие принципы, которые приводят к максимизации блага (счастья) и минимизации страдания в обществе.

Ярким примером может служить волнующий сегодня многих белорусов вопрос о том, что является более справедливым – рыночный механизм распределения медицинских услуг или государственная система бесплатного здравоохранения.

С утилитаристской точки зрения вопрос должен решаться не с оглядкой на некие идеалы или ценности, но чисто эмпирически. Необходимо посмотреть – как изменяется при переходе от одной модели к другой общий уровень заболеваемости, смертности, средняя продолжительность жизни и других показателей, отражающих эффек-

тивность здравоохранения. Если эти показатели улучшаются, то в данном месте и в данных условиях новый механизм будет более справедливым. Если ухудшаются – то менее справедлив.

Основная сложность в том, что, оставаясь на последовательно утилитарных позициях, *чрезвычайно трудно защитить права меньшинства* против большинства, поскольку то, что соответствует интересам большинства, с необходимостью максимизирует общественное благо.

*Пример.* Многие бюджетно финансируемые профессиональные группы (медики, учителя, служащие и др.) составляют, особенно если брать их по отдельности, меньшинство в обществе. Поэтому утилитаристски можно оправдать недоплату или задержки выплаты зарплаты за их труд, так как это экономит бюджетные средства и уменьшает инфляцию.

#### 4.2. Эгалитарные теории

1. *Теория «справедливости как честности»* Джона Роулса относится к эгалитарным, то есть к теориям, делающим акцент на проблеме равенства [5].

Роулс исходит из предпосылки равенства людей в качестве свободных граждан. Концепция Роулса отличается от утилитаризма, прежде всего, тем, что на первое место ставятся определенные рациональные принципы, а не эмпирические последствия их применения. Предполагается, что реализация таких принципов, как принцип наибольшей равной свободы, принцип равенства честно полученных возможностей, принцип дифференциации представляет благо само по себе, поскольку является выражением и обеспечением *центральной ценности человека – его гражданской свободы*.

2. *Коммунистическая теория* идеалом признает коммунистический принцип справедливости: «От каждого по способности, каждому по потребности».

Основные теоретические сложности в реализации этого принципа (даже в перспективе отдаленного будущего) связаны с главной неопределенностью – кто устанавливает законность и способностей, и потребностей. Либо сам гражданин решает, какие способности ему реализовать и какие потребности удовлетворять, либо это решает государство, либо своеобразный социальный контракт между гражданином и государством. В зависимости от преобладания того или иного варианта в коммунистической идеологии можно различить анархистские, тоталитаристские и социал-демократические «мотивы».

3. *Социалистическая теория.* Более приближен к реальным проблемам современности принцип социализма: «От каждого по способностям, каждому по труду». Он включает момент равенства. Общество должно предоставить равные права гражданам свободно реа-

лизовывать свои способности. И момент неравенства – каждый получает в соответствии с «трудом».

#### **4.3. *Радикально либеральное понимание справедливости***

Роберт Нозик разработал одну из наиболее популярных либертарианских (т.е. радикально либеральных) теорий. Он полагает, что люди от рождения свободны. Насилие и принуждение по отношению к ним правомочно лишь в очень ограниченном объеме, главным образом для предотвращения физического ущерба, кражи или мошенничества, а также для наказания виновных, если правонарушения совершены.

#### **4.4. *Коммунитаризм***

В качестве особой теоретической позиции, которая призвана если не разрешить, то смягчить противоречия между сторонниками государственных систем помощи неимущим и их противниками, выступает коммунитаризм.

Коммунитаристы считают, что разрешение проблемы справедливости необходимо перенести с общечеловеческого или общенационального уровня на уровень конкретных общин – групп людей, проживающих в ограниченном регионе, объединенных общей историей, занятиями, родовыми и прочими связями [3]. *Справедливы принципы, которые соответствуют традициям и ценностям данной общины и признаются в качестве таковых ее членами.*

Федеральное государство в лице правящей столичной бюрократии или правящая финансовая элита страны не в праве навязывать общине «правила справедливой игры» сверху. Эти правила должны быть выработаны членами общины самостоятельно и отвечать их моральным ценностям. Поэтому, выступая в поддержку социальных программ, в том числе и программ в области здравоохранения, коммунитаристы предлагают перенести их из центра в регионы, а точнее, на уровень конкретных локальных сообществ.

#### **4.5. *Справедливость как черта характера***

С точки зрения современных католических философов Эдмунда Пеллегрино и Дэвида Томасмы этические принципы и правила ничего не смогут сделать, если человек не приложит значительное волевое усилие к тому, чтобы обеспечить защиту добра и противостояние злу. Они должны быть дополнены тем, что в классической философии называлось «добродетелью».

*Добродетель* – это сформированная в результате воспитания и образования склонность души (черта характера) человека к совершению добрых справедливых поступков и избеганию от совершения злых и несправедливых. Человек может знать, что значит справедли-

вость, и осознавать, что должно выбирать справедливое, но не иметь необходимой силы души к тому, чтобы в реальной жизни руководствоваться этим знанием.

Студент-медик может на отлично сдать экзамен по профессиональной этике, продемонстрировав прекрасную способность, руководствуясь правилами, анализировать конкретные ситуации. Однако это знание останется мертвым грузом, если он лично не будет стремиться быть справедливым.

Дело в том, что помимо осмысленности добродетель справедливости включает усилие. Это подчас болезненное усилие постоянного внимания и оценивания противоречащих друг другу интересов и ценностей [4]. Причем это усилие должно характеризоваться благотворительной направленностью, доброжелательным отношением к партнерам и определенной беспристрастностью – каждому воздавать должное.

*«Корнем» добродетелей, которые соучаствуют в справедливом поступке, является милосердная любовь к ближнему. Милосердная любовь является моральным основанием медицины.*

#### **4.6. Коммуникативная теория справедливости**

Особое место среди современных теорий справедливости занимают концепции немецких философов К.О. Апеля и Ю. Хабермаса.

Они считают, что справедливого баланса равенства и неравенства, пропорциональности и беспристрастности можно достичь, если все лица, которых затрагивают те или иные политические, экономические или иные (например, медицинские) действия или нормы, смогут принять участие в *честной, построенной на рациональной аргументации публичной дискуссии* [2].

Например, в процессе честно проходящего рационального обсуждения принципа справедливого распределения ресурсов здравоохранения рано или поздно будет выдвинут решающий аргумент, который приведет к общему согласию конфликтующие стороны.

Публичное обсуждение и совместная выработка принципов справедливой политической деятельности, распределения дефицитных ресурсов и воздаяния за добродетели и преступления является одной из самых характерных черт современного демократического общества.

#### **4.7. Справедливость как лояльность**

Американский философ Ричард Рорти также полагает, что справедливость может быть достигнута как результат *договоренности конфликтующих сторон*, отказывающихся от насилия друг по отношению к другу, но считает, что логическая аргументация при достижении договоренности не играет решающей роли.

Рорти считает, что в основании человеческих представлений о справедливости лежит феномен лояльности [6]. Сама справедливость, по его мнению, есть не что иное, как чувство лояльности, расширенное за свои естественные рамки. Родственники лояльны по отношению друг к другу.

Поэтому быть справедливым к соседу означает переносить на него чувство семейной лояльности. Но в процессе такого переноса это чувство ослабевает, становится более абстрактным, лишаясь той эмоциональной конкретности, которой оно обладало в естественных рамках семьи.

*Чем шире круг людей, на которых распространяется лояльность, тем более слабым становится это чувство.* Лояльность к человечеству в целом слабее и абстрактнее, чем лояльность к согражданам. В свою очередь лояльность к согражданам слабее, чем к своей этнической или религиозной группе, а к последним – слабее, чем к семье или друзьям.

В кризисной ситуации эта иерархия лояльностей становится очевидной. Во время голода мать разделит весь хлеб между своими детьми, прекрасно зная, что и соседский ребенок ходит голодным. На войне солдат убьет не задумываясь врага (такого же человека), потому что враг – чужой и на него не распространяется чувство лояльности к «нашим» согражданам. Беда сужает чувство лояльности, а благополучие его расширяет.

Концепция Рорти в определенной степени описывает тот *всепроницающий механизм распределения дефицитных ресурсов «своим» и «по знакомству»*, в том числе и ресурсов здравоохранения, который был характерен для советского общества и продолжает оставаться таковым для современного белорусского общества.

Если несчастье случается с врачом, работающим в больнице, или его родственником, то естественно «лояльность» к нему в плане оказания медицинской помощи будет несравнимо выше, чем к остальным пациентам. Более того, заболевший врач будет морально оскорблен, если коллеги не проявят по отношению к нему естественно ожидаемого особого отношения (лояльности) и будут лечить на общих основаниях.

*В условиях социального кризиса чувство лояльности сужается*, поскольку слишком часто речь идет о простом выживании. Это обстоятельство следует иметь в виду для понимания сложной взаимосвязи между справедливостью и благополучием общества.

*Без справедливости общество не может быть благополучным.* В свою очередь, граждане неблагополучного, находящегося в экономическом и политическом кризисе общества не склонны быть справедливыми. Их чувство лояльности резко ограничено.



## 5. Справедливость и практика

Принцип справедливости, подобно другим этическим принципам, имеет не абсолютную, но лишь относительную силу.

Пример. В ситуации с пересадкой донорского органа может оказаться, что пациент, занимающий более далекое место на листе ожидания, находится в критической ситуации, то мы можем поступиться обязательствами, вытекающими из принципа справедливости, и руководствоваться принципом «не навреди».

Хотя отказ от соблюдения очереди в этом случае можно интерпретировать и в том смысле, что мы используем принцип справедливости, но обращаемся к другому критерию – критерию потребности и исходим из степени ее остроты.

Многообразие этических принципов и трактовок справедливости отображает присущую человеческому сознанию глубину и неоднозначность. Знание этических принципов позволяет «распутать сложный клубок» человеческих проблем, дать их понимание с различных точек зрения, показать их чрезвычайную сложность.

Поэтому в этике невозможен автоматический «вывод» правильного поступка из обычаев или теоретически описанных норм. Необходимо *практическая мудрость*, то есть способность применять универсальные закономерности к уникальным человеческим ситуациям. Гарантий от злоупотреблений совместного применения принципов нет, но есть возможность их совместно использовать во благо.

Возьмем для примера *противоборство справедливости рыночного распределения медицинских услуг и бесплатного здравоохранения*. Любая попытка реализовать какой-либо из этих принципов в чистом виде в современных белорусских условиях чревата серьезными социальными последствиями.

Когда у государства нет денег, то бесплатная медицина будет означать ее полный развал. Когда у значительной части населения не хватает средств на биологическое выживание, то чистый рынок лишит миллионы медицинской помощи, что неминуемо спровоцирует социальный взрыв.

Поэтому в реальной практике многие медицинские учреждения нашей республики вынуждены совмещать обе стратегии справедливости. Они широко развивают платные услуги, часть доходов от которых идет на покрытие расходов, связанных с предоставлением бесплатной помощи детям, пенсионерам, малоимущим.

Сторонников государственной модели вынуждает к этому отсутствие бюджетных средств, а приверженцев рыночной – политическое благоразумие.

Вполне в духе с *коммунитаристским* пониманием решение этой проблемы справедливости переносится с республиканского уровня на

региональный (областной), что позволяет лучше учитывать местные особенности менталитета населения, его традиции и экономические возможности.

Неплохо было бы дополнить эту складывающуюся модель со- вмещения рыночных и нерыночных механизмов оказания медицин- ской помощи принципами *коммуникативной* справедливости.

Пропорции между объемами платных и бесплатных услуг, раз- мерами вознаграждений врачей и цен на услуги для граждан – все это должно получить признание и одобрение в результате открытого публичного обсуждения и принятия демократическим путем при- знаваемых более или менее справедливыми локально универсальных (на уровне больницы, города и т.д.) масштабов (норм), регулирующих подобную практику.

Важным средством аргументации в этом публичном диалоге смог бы стать принцип *утилитаристской этики* справедливости, требующий максимизацию полезного эффекта и минимизацию нега- тивных последствий обсуждаемых и принимаемых решений. Учет ес- тественных *влияний «лояльности»* позволит более беспристрастно сбалансировать интересы.

Иными словами, различные этические принципы и нормы могут работать сообща, дополняя и усиливая эффекты применения каждого из них.

### *Литература*

1. Бартко А.Н., Михайловска-Карлова Е.П. Биомедицинская эти- ка: теория, принципы и проблемы. – Ч. 2. Принципы и основные про- блемы биомедицинской этики. – М.: ММСИ, 1999. – 275 с.
2. Хабермас Ю. Демократия, Разум, Нравственность. – М.: Аса- demia, 1995. – С. 23.
3. Loewy E.H. Textbook of Medical Ethics. Plenum Medical Book Company. N. Y. – London, 1989. – P. 33.
4. Pellegrino E.D., Thomasma D.C. The Virtues in Medical Practice. Oxford Univ. Press. N. Y. – Oxford, 1993. – P. 94.
5. Rawls J. A Theory of Justice. – Harward Univ. Press. Cam- bridge, Mass., 1971. – P. 11.
6. Rorty R. Justice as a larger loyalty / Justice and Democracy. Cross- Cultural Perspectives. Ed. by R. Bontekoe, Marietta Stepaniants. – Univer- sity of Hawai Press. Honolulu, 1997. – P. 9.
7. Veatch R. M. A Theory of Medical Ethics. Basic Books. – N. Y., 1981. – P. 5.

## ЛЕКЦИЯ 14. ЭТИЧЕСКИЕ НОРМЫ ПРАВДИВОСТИ И КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ В МЕДИЦИНЕ

Взаимоотношения между представителями различных медицинских профессий (врачами, медсестрами, администраторами, фармацевтами, социальными работниками и т. д.) и пациентами образуют сложную социальную сеть, через которую реализуются индивидуальные, групповые и государственные интересы, связанные с вопросами охраны здоровья [2].

Базисные этические принципы автономии, непричинения вреда, благодеяния и справедливости, играющие особую роль в этической регуляции взаимоотношений медиков с пациентами, дополняются рядом этических норм. На этом уровне этических воззрений важное место занимают этические нормы правдивости и конфиденциальности.

### 1. Норма правдивости

#### 1.1. Понятие правдивости

Что значит быть правдивым? *Быть правдивым означает сообщать собеседнику то, что истинно с точки зрения самого сообщающего.* Иногда эта этическая норма используется в форме запрещения говорить ложь, т. е. говорить то, что с точки зрения говорящего является ложным [2].

Некоторые специалисты в области этики считают, что в понятие правдивости следует ввести еще и *право собеседника на получение правдивого сообщения* [5]. Человек обязан говорить правду лишь тому, кто имеет право знать эту правду.

Пример. Если врача встретит на улице сосед и спросит: «А правда ли, что у гражданки Н. сифилис?», то в этом случае норма правдивости не накладывает никаких обязательств на врача в его разговоре с вопрошающим.

Подобное ограничение нормы правдивости кажется неоправданным. С моральной точки зрения необходимо быть правдивым всегда – и в кабинете на приеме пациента, и на улице в разговоре с соседом. Врач не должен обманывать спросившего соседа, сообщив ему, что у Н. не сифилис, а простуда или заявив, что она здорова, хотя на самом деле больна. Он должен правдиво сказать соседу: «Я не имею права разглашать медицинскую информацию, касающуюся моих пациентов. Это врачебная тайна».

Правдивость является необходимым условием нормального общения и социального взаимодействия. Ложь разрушает координированность совместных действий, делает их фиктивными.

В медицине же преобладает точка зрения, согласно которой нецелесообразно говорить правду, если она может повредить самочувствию пациента, вызвать у него негативные эмоции, депрессию и т. п. Об этом писал в 1927 году американский врач Джозеф Коллинз: *«Врачебное искусство в значительной степени заключается в навыке готовить смесь из обмана и правды»*. Поэтому *«каждый врач должен культивировать в себе способность лгать как разновидность художественного творчества»*.

В отечественной медицине доминирует традиция скрывать от пациента правду о диагнозе злокачественного заболевания или прогнозе наступления скорой смерти. В последние годы эта традиция все более и более становится предметом серьезной критики.

Развитие правосознания и правовых отношений в здравоохранении должно основываться на признании пациента равноправным партнером во взаимоотношениях с медицинскими работниками.

Равноправия не может быть, если одна из сторон умышленно скрывает жизненно важную для другой стороны информацию (возможно, и из благих побуждений), превращая тем самым партнера из субъекта социального отношения в предмет манипуляции.

Поэтому в статье 30 новой редакции *«Закона Республики Беларусь о здравоохранении»* (принят 11 января 2002 года), гарантируется право пациента на правдивую информацию о диагнозе, прогнозе и методах лечения.

Вопрос о праве пациента на правдивую информацию касается не только медицинских работников, но и самих пациентов. *Лгущий или скрывающий правду пациент наносит такой же ущерб своим отношениям с врачами и медсестрами, как и лгущий или скрывающий правду врач.*

В законе обязанность пациентов говорить правду и право врача получать эту правдивую информацию не оговорены. Однако это обстоятельство не снимает моральной ответственности каждого отдельного пациента за поддержание доверительных отношений.

### **1.2. О долге быть правдивым**

Вопрос о долге говорить или стремиться всегда знать правду необходимо решать, исходя из понимания источников отношения должностязания.

Согласно учению И. Канта *правдивость* есть долг человека перед самим собой как моральным существом. Лгать означает уничтожать в себе человеческое достоинство. [6].

Кант настаивал на том, что во всех ситуациях быть правдивым (честным) представляет собой священную, безусловно повелевающую и никакими внешними требованиями не ограничиваемую заповедь разума.

*Долг медика быть правдивым* обусловлен:

1) во-первых, его *социальной природой* как человека. Ложь разрушает человеческую общность, наносит урон доверительным отношениям участников социального взаимодействия;

2) во-вторых, его *профессиональной принадлежностью* (в отношениях с пациентами медик представляет в своем лице не только человечество в целом, но и свою профессиональную группу). Систематическая ложь разрушает доверие к профессии. Если пациент уверен, что врачи постоянно скрывают от него неблагоприятную информацию, то их правдивые утверждения о том, что «прогноз вашего заболевания благоприятен», или «хирургическая операция не представляет для вас опасности», или «химиотерапия даст хорошие результаты» будут восприниматься им с недоверием.

Возможно, именно последним обстоятельством вызван тот печальный для медиков факт, что значительное число пациентов после подтверждения диагноза онкологического заболевания даже в случае наличия эффективного лечения обращаются к всевозможным шарлатанам.

Если пациенты не верят врачам, то добиться успеха в борьбе с серьезными заболеваниями, такими как рак, чрезвычайно затруднительно. Поэтому и врач, и медсестра, и медицинский администратор должны быть правдивыми для поддержания в обществе отношения доверия к своей профессиональной группе.

3) в-третьих, *личным смыслом его жизни*. Вопрос о смысле жизни достаточно дискуссионен. Однако в традиции отечественной моральной философии (как религиозной, так и светской) принято считать, что *смысл жизни заключается в исполнении человеческого предназначения*. Врач не сможет исполниться (т.е. реализовать себя во всей полноте) именно как врач, если пациенты не будут ему доверять. Поэтому он должен говорить правду.

Вопрос о *долге пациента знать правду* более сложен. Каждый человек является потенциальным или актуальным пациентом.

Пациент должен знать правду для того, чтобы сохранить себя как автономную личность, являющуюся ответственным субъектом своих поступков. Не владея правдивой информацией об условиях своего существования (включая информацию о состоянии своего здоровья), человек как бы перекладывает ответственность за то, что с ним происходит, с себя на другого (к примеру, на врача), отказываясь тем самым от своей субъектности, от своей свободы.

Поэтому *стремиться знать правду является долгом человека даже тогда, когда он ограничен в своей свободе* (прикован болезнью к больничной койке).

Долг знать правду не может быть вменен каждому пациенту в равной степени, так как ограничения могут варьировать от самых не-

значительных (при скоротечных простудных заболеваниях), до коматозных состояний или состояний болезненно измененного сознания при психиатрических заболеваниях.

Необходимо также учитывать психологическая предрасположенность некоторых людей к существованию в подчиненном, зависимом от других состоянии. С точки зрения господствующей в современном индустриальном мире морали автономной, самодетерминирующей личности подобный *самоотказ от собственной субъектности* ущербен.

Однако, поскольку этот самоотказ от собственной субъектности происходит добровольно, в силу личного предпочтения, то следует, видимо, уважительно относиться и к такой форме самоутверждения.

Среди представителей различных культур наблюдается тенденция, при которой больные стараются делегировать ответственность за принятие решений, связанных с их заболеванием, своим близким или медицинским работникам. В определенной степени это замечание справедливо в отношении традиционного поведения значительного числа белорусских пациентов. Врач обязан учитывать и уважать эти традиции [2].

Вопрос о *долге врача знать правду* является не менее сложным. Долг медицинского работника стремиться во всех ситуациях получить максимально правдивую информацию определяется его *профессиональным предназначением лечить больных*. Только полная и достоверная информация об условиях возникновения и протекания заболевания может гарантировать эффективное лечение.

Важнейшим условием реализации этого долга является *обеспечение чувства доверия пациента к данному конкретному врачу и к медицинской профессии в целом*. Больной человек вряд ли поделится правдой, если не будет уверен, что медики сохранят конфиденциальность, что сообщенные им подробности личной жизни не станут достоянием посторонних.

*Долг пациента говорить правду* имеет ряд оснований [2].

1. Пациент для своего лечения нередко использует либо государственные, либо групповые (например, принадлежащие производственному коллективу), либо семейные материальные (финансовые) ресурсы, почти всегда ограниченные, но перераспределяемые в его пользу. Это обстоятельство создает основание морального долга пациента эффективно сотрудничать с медицинскими работниками для рационального использования ограниченных ресурсов, что, естественно, невозможно без его правдивости.

2. Долг пациента говорить правду обосновывается также принципом непричинения вреда. Если пациент знает, что у него инфекционный гепатит, СПИД или туберкулез, то его моральный долг предупредить об этом врача или медицинскую сестру с тем, чтобы они про-



явили соответствующую предосторожность, проводя осмотр или осуществляя лечебно-диагностические процедуры.

3. Важным основанием долга пациента говорить правду является также то обстоятельство, что в процессе общения с пациентом у врача формируется эмпирический опыт и эмпирический объем знаний о значимости тех или иных симптомов для постановки точного диагноза, терапевтической эффективности примененных им медицинских назначений.

Если пациент не ставит лечащего врача в известность о самовольно произведенных изменениях в приеме лекарств или вносит искаженную информацию в свои жалобы, то он становится ответственным за формирование ложного знания у своего лечащего врача об эффективности или неэффективности какого-либо лекарственного средства. Это ложное знание может послужить источником ошибочных действий лечащего врача, как в отношении самого несправедливого пациента, так и других пациентов.

### *1.3. О праве знать правду*

Вопрос о праве говорить и знать правду отличается от вопроса о долге говорить и знать правду тем, что обсуждение переносится из «внутреннего плана» ценностных ориентаций личности во «внешний план» социальных взаимодействий.

Если, к примеру, спрашивается: «Имеет ли человек X право совершить тот или иной поступок?», то ответ на подобный вопрос будет заключаться в указании на некоторый закон или иную социальную норму (например, обычай), которые дают разрешение или запрещают его осуществление.

*Право врача сообщать пациенту правдивую информацию* о состоянии его здоровья ограничивается требованием передавать ее в доступной форме и так, чтобы не причинить больному вреда.

*Право врача знать правду* специально не регламентируется законом. Оно укоренено в традициях врачевания и административных нормах современной медицины. Причем речь идет не только и не столько о праве лечащего врача, которое обычно считается само собой разумеющимся, сколько о праве других участников процесса врачевания на доступ к информации о состоянии здоровья данного конкретного больного.

В современных поликлиниках и больницах медицинская помощь чаще всего оказывается не одним врачом, а группой специалистов, каждый из которых нуждается в правдивой информации о состоянии больного. Их право на доступ к этой информации обеспечивается соответствующими административными нормами.

Вопрос о *праве студентов на доступ к медицинской информации* является более сложным, так как они непосредственно не участвуют в лечении данного больного.

Обучение у постели больного — один из наиболее существенных элементов в образовании медицинских работников. Традиции и административный порядок клиник обосновывают их право на участие в осмотре больных, выполнении под руководством опытных профессионалов диагностических и лечебных мероприятий, и, следовательно, на доступ к соответствующей медицинской информации.

Однако с моральной точки зрения, поскольку участие в обучении студентов не является непосредственным интересом конкретного пациента, то их право на доступ к медицинской информации и лечебно-диагностическим манипуляциям *должно быть обусловлено добровольным согласием больного или членов его семьи.*

*Право пациента сообщать врачу правду* о состоянии своего здоровья и обстоятельствах возникновения заболевания на первый взгляд кажется самоочевидным. Однако «правда», которой располагает пациент о своем заболевании, может касаться не только его самого. Имеет ли право, например, пациент, у которого диагностирован сифилис, сообщать правду о своем половом партнере, который, скорее всего, и оказался источником его заражения?

Ответ на подобный вопрос будет варьировать в зависимости от того, какая из двух ценностей перевешивает в данном сообществе. Если предпочтение отдается общественному интересу в минимизации распространения инфекционных заболеваний, то пациенту будет не только дано право, но и вменено в долг (моральный, а иногда и по закону) сообщить о своем партнере.

Если в обществе выше оценивается неприкосновенность частной жизни, то право правдивого информирования в данном случае будет ограничено разрешением этого партнера на передачу информации врачу.

Противоречие между ценностями общественного интереса, с одной стороны, и неприкосновенности частной жизни, с другой, в нашем обществе раньше обычно решалось в пользу первой из альтернатив. Однако в последнее время неприкосновенность частной жизни получает все большее признание и поддержку (в том числе, и правовую), так что *безусловный приоритет общественных интересов сохраняется лишь в связи с группой особо опасных инфекционных заболеваний.* Чем ниже социальная опасность заболевания, тем большую роль играют ценности, связанные с неприкосновенностью частной жизни.

#### **1.4. Возможно ли знать правду?**

Гносеологическая точка зрения. Нередко выдвигаются возражения, согласно которым врач не может раскрыть всей правды о состоянии здоровья пациента, поскольку сам ею не располагает.

*Медицинское знание по своей природе неточно, проблематично и вероятно.* В нем точная и объективная информация представляет как бы надводную часть айсберга. Основная масса знаний коренится в глубинах медицинской интуиции и опыта, который чрезвычайно трудно выразить словами. Поэтому медик никогда не может высказать всей правды [2].

Пациент никогда не сможет получить всей правды постольку, поскольку она в принципе полностью непередаваема в рамках рутинного общения с медицинскими работниками. Гносеологическая критика нормы правдивости смешивает правду и истину.

*Медик должен быть правдив* и сообщать пациенту как достоверное лишь то, что он знает именно достоверно, и как проблематичное или вероятное то, что он знает лишь с той или иной степенью вероятности.

Правило правдивости требует от врача или медицинской сестры знать меру собственного знания и «не играть в бога», безответственно бросая пациенту или члену его семьи: «Я вам (ему или ей) даю не более двух месяцев жизни». Даже самый опытный врач, осмысляя данный конкретный клинический случай, может лишь с определенной вероятностью предполагать, сколько еще проживет тот или иной пациент, находящийся в тяжелом состоянии, к примеру, в терминальной стадии ракового заболевания.

Аналогичным образом, используя правило правдивости в отношении *пациента*, необходимо иметь в виду, что и *ему не дана в полной мере истина о его собственном самочувствии*.

Больной человек не может занять позицию объективного наблюдателя, с которой только и возможно дать описание того или иного состояния в соответствии со стандартами естественнонаучной методологии.

*Среди врачей существует мудрое правило – в случае собственного серьезного заболевания всегда консультироваться с коллегами*, дабы избежать столь естественного для человека, находящегося в кризисном состоянии, самообмана в оценке собственного самочувствия, обстоятельств возникновения страдания, факторов, провоцирующих его обострение и т.д.

Таким образом, пациент должен и вправе быть правдивым в отношениях с медицинскими работниками, однако это обстоятельство не решает вопроса об истинности его жалоб и оценки самочувствия.

Психологическая точка зрения. Невозможность знать правду обусловлена некоторыми особенностями пациентов:

- несформированностью психики детей;
- неадекватностью восприятия правдивой информации о собственном состоянии здоровья психически больных;
- бессознательным вытеснением угрожающей жизни информации большинством онкологических больных.

Безусловно, врачу следует учитывать психологические и возрастные особенности своих пациентов. Однако мера их способности воспринять правду не является фактором, который мог бы оправдать ложь. *Врач должен быть правдивым и с ребенком, и с психиатрическим, и с онкологическим больным.*

Вместе с тем необходимо осознавать, что в ряде случаев чрезвычайно сложно преодолеть сопротивление психологических сил, которые мешают реализации нормы правдивости.

В настоящее время в сознании и поведении жителей цивилизованных стран, в том числе и Беларуси, сформировались мощные реакции социального отторжения в отношении лиц, получивших медицинский диагноз «шизофреник», «умирающий», «раковый больной». Подобный диагноз превращает человека в изгоя общества: друзья перестают звонить, родственники – приглашать в гости. Для этих больных становится практически невозможно устроиться на работу или продолжить образование, получить продвижение по службе и т.д.

Можно ли преодолеть эти мощные силы коллективного и индивидуального бессознательного с помощью спасительной лжи? Для корректного ответа на данный вопрос следует учесть, что ложь, которой снабжают пациента врачи и близкие, не защищает его от правды о неблагоприятном онкологическом или психиатрическом диагнозе или смертельном прогнозе.

Рано или поздно, но практически каждый онкологический и психиатрический больной, практически каждый умирающий узнает более или менее точно о своем диагнозе и неблагоприятном прогнозе. Как показывают исследования медицинских психологов, даже дети дошкольного и тем более школьного возраста через год лечения по поводу лейкоза оказываются более или менее точно информированными о своем диагнозе и угрожающем жизни прогнозе.

«Спасительная ложь» по сути своей означает отказ окружающих, включая медиков, от общения с пациентом на столь тревожную и болезненную тему. Больной оказывается один на один со своей бедой. Следовательно, вопрос не в жалости и сострадании к больному, а в том нежелании и главном – в неумении общаться с ним и размышлять наедине с самим собой о смерти или безумии, которые характерны и для больных, и для их близких, и для медиков [2].

С моральной точки зрения гораздо более предпочтительной представляется позиция подвижников *хосписного движения*, активистов добровольных ассоциаций, объединяющих онкологических и

психиатрических больных, а также их родителей, которые учатся сами и обучают сообщество трудному правдивому общению с людьми, оказавшимися в столь критическом состоянии.

Умение говорить правдиво с умирающим, психиатрическим или онкологическим больным означает умение и готовность разделить с ним бремя тяжелейшего душевного страдания и тем самым оказать ему необходимую помощь, в том числе и профессиональную помощь врача, медицинской сестры, социального работника, психолога, священника и т.д.

### *1.5. О целесообразности говорить правду*

Вопрос о том, целесообразно ли говорить правду, превращает правдивость или сокрытие правды в средство для достижения некоторой внешней цели. Эти цели могут быть как физическими, так и психосоциальными.

*Пример.* Врач отказывается сообщить правду онкологическому больному с целью избежать у последнего гипертонического криза, к которому тот склонен.

Здесь ложь является средством для достижения *физической цели* – сохранения нормального уровня давления у пациента.

В данном случае пациент может потребовать сообщить ему правду о состоянии собственного здоровья, поскольку это важно для него: он хочет правильно составить завещание; передать свое коммерческое предприятие в надежные руки; обеспечить благополучие детей и других ближайших родственников.

Здесь мы имеем дело с *психосоциальной целью*, по отношению к которой правдивость также является лишь средством.

В обоих случаях вопрос о целесообразности выходит за рамки морального рассуждения. Здесь более подходит научная, а не моральная оценка, так как нельзя опровергнуть суждение о том, что сообщение правдивого диагноза рака может спровоцировать суицид или гипертонический криз. Верно оно или неверно, должны решить конкретные научные исследования этой связи.

Однако представляется уместным следующее замечание: *правдивость, как и любое средство, предполагает умение им пользоваться.* Скальпель сам по себе не лечит и не калечит. В неумелых руках он опасен для жизни пациента, а в руке мастера-хирурга – это часто спасительное средство при многих недугах. То же относится и к слову. Оно может быть и целительным, и вызывающим тяжелейшие психосоматические расстройства. Им можно убить, но можно и вернуть к жизни.

Таким образом, вопрос не в том, чтобы запретить или разрешить врачам сообщать правду пациентам, а в том, чтобы научить будущих

врачей пользоваться словами с наибольшей пользой для своих пациентов.

### *1.6. Правдивость и использование плацебо*

Особые сложности с соблюдением правила правдивости возникают при использовании во врачебной практике и медицинских исследованиях плацебо.

*Плацебо* представляет собой фармакологически индифферентное вещество, которое по внешнему виду и вкусу напоминает определенное лекарственное средство.

Несмотря на фармакологическую нейтральность, плацебо способно в ряде случаев оказывать терапевтический эффект — если пациент полагает, что принимает настоящее лекарство. В данном случае *«обман» оказывается своеобразным терапевтическим средством.*

Можно ли отказаться от терапевтически эффективного обмана и запретить использование плацебо во имя чистоты моральных принципов и правил врачевания (в частности, нормы правдивости)?

Как отмечают многие исследователи, плацебо-эффект наблюдается практически всегда (даже при применении мощного с фармакологической точки зрения лекарственного средства). С другой стороны, даже без применения лекарства или его заменителя в виде плацебо, любое проявление внимания к пациенту со стороны врача может благотворно сказываться на его самочувствии и состоянии его физиологических систем.

Следует также принимать в расчет то, что в происхождении многих соматических заболеваний значительную роль играют психологические факторы, в отношении которых психотерапевтический эффект плацебо может рассматриваться как патогномоничный, т.е. действующий на причину недуга. В этой ситуации *вполне правдиво будет называть плацебо лекарством.*

Врач также не будет повинен в сокрытии существенной для пациента информации, если он не упомянет о химической природе лекарственного средства, поскольку она не играет в данном случае никакой роли.

С моральной точки зрения при применении плацебо будет более корректным не использовать прямой обман пациентов, но ограничиться информацией типа: «Попробуем принять это лекарство, оно должно вам помочь». Обычно такая информация вполне достаточна для получения согласия пациента.

Если пациент все-таки задаст вопрос о природе, то не станет обманом утверждение о том, что оно произведено, например, на основе безвредных дисахаридов и так же, как и другое, уже известное пациенту, может уменьшить его страдания. Можно также отметить, что меха-



низм его действия недостаточно ясен науке, но что при этом на практике доказана его безусловная терапевтическая эффективность.

Все сказанное врачом будет вполне правдивой информацией. Таким образом, даже используя плацебо, вполне возможно избежать обмана пациента и сохранить высокий моральный стандарт медицинской профессии.

Таковы основные проблемы, связанные с применением правила правдивости в современной медицине. Ситуации у постели больного часто напоминают слова Екклесиаста *«во многой мудрости много печали, и кто умножает познания, умножает скорбь»*.

Но в правдивом общении эта скорбь выражена вовне и тем самым как бы разделена врачом, медсестрой и родственниками с пациентом.

В общении, основанном на лжи, она загнана внутрь страдающей души пациента, оставленного один на один с фактом инвалидизации, боли, приближающейся смерти или безумия.

## 2. Конфиденциальность

### 2.1. Понятие нормы конфиденциальности

В отличие от нормы правдивости, обеспечивающей открытость социального взаимодействия в диаде «врач – пациент», норма конфиденциальности призвана предохранить врача и пациента от несанкционированного ими вторжения извне: информация о пациенте, которую он передает врачу или сам врач получает в результате обследования, не может быть передана третьим лицам без разрешения этого пациента.

Норма конфиденциальности в форме понятия *врачебной тайны* зафиксирована во многих этических кодексах, начиная с клятвы Гиппократова.

В «Законе Республики Беларусь о здравоохранении» конфиденциальности посвящена статья 60 *«Обязанность медицинских и фармацевтических работников сохранять врачебную тайну»*. Использование термина «врачебная» оправдано традицией, но неточно по существу дела, так как речь идет об обязательствах не только врачей, но и любых других медицинских и фармацевтических работников, а также и должностных лиц, которым медицинская информация передана в соответствии с законом.

*Предметом конфиденциальности является информация:*

- о факте обращения гражданина за медицинской помощью;
- о состоянии его здоровья;
- о диагнозе заболевания;
- о результатах диагностических исследований и лечения;
- личного характера, полученная при его обследовании, лечении;

– о результатах патологоанатомического вскрытия (в случаях смерти).

*Использование сведений, составляющих врачебную тайну, в учебном процессе, научной литературе допускается только с согласия пациента.*

*Медицинский работник вправе передать известную ему информацию третьим лицам в следующих случаях:*

1) по запросу государственных органов и иных организаций здравоохранения в целях обследования и лечения пациента;

2) при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений;

3) по письменному запросу органов дознания и следствия, прокуратуры и суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством при обосновании необходимости и объема запрашиваемых сведений;

4) в случае оказания медицинской помощи несовершеннолетнему, лицу, признанному в установленном порядке недееспособным, лицу, не способному по состоянию здоровья к принятию осознанного решения, для информирования его законных представителей, супруга, близких родственников;

5) при наличии оснований, позволяющих полагать, что вред здоровью причинен в результате насильственных действий, для сообщения в правоохранительные органы.

Обязанность сохранять врачебную тайну наравне с медицинскими и фармацевтическими работниками распространяется также на лиц, которым в установленном Законом порядке стали известны сведения, составляющие врачебную тайну.

Организации здравоохранения обеспечивают хранение медицинской документации в соответствии с требованиями сохранения врачебной тайны. За разглашение врачебной тайны медицинские и фармацевтические работники несут ответственность в соответствии с законодательством Республики Беларусь.

Так, согласно статьи 178 «Разглашение врачебной тайны» УК РБ (1999 г.):

1. Умышленное разглашение медицинским, фармацевтическим или иным работником без профессиональной или служебной необходимости сведений о заболевании или результатах медицинского освидетельствования пациента (разглашение врачебной тайны) – наказывается *штрафом или лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью*.

2. Разглашение врачебной тайны, выразившееся в сообщении сведений о наличии у лица ВИЧ-инфекции или заболевания СПИД – наказывается *лишением права занимать определенные должности*

*или заниматься определенной деятельностью, или арестом на срок до шести месяцев, или ограничением свободы на срок до трех лет.*

3. Деяния, предусмотренные частями первой или второй настоящей статьи, повлекшие тяжкие последствия – наказываются лишением свободы на срок до трех лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью или без лишения.

По мнению специалиста в области медицинской этики Р. Эдвардса «...этическая норма конфиденциальности является залогом социальной эффективности многих профессиональных групп...» [4]. Она, помимо медицинских кодексов, включена в этические кодексы юристов, ветеринаров, психологов, архитекторов, инженеров и библиотекарей. Эдвардс перечисляет *семь основных факторов, обеспечивающих значимость конфиденциальности* во многих областях профессиональной деятельности, но особенно в медицине.

1. Конфиденциальность в отношениях между профессионалом и клиентом (врачом и пациентом) желательна, поскольку она является подтверждением и защитой другой, более фундаментальной ценности – *«неприкосновенность частной жизни»*.

У каждого человека имеется закрытая для других область внутреннего мира, в которую входят его мысли, переживания, воспоминания, информация о соматических, психологических или социальных особенностях. Эта часть внутреннего мира доступна и открыта лишь для очень близких людей, и то лишь частично.

В процессе врачевания что-то из содержания внутреннего мира может стать известно врачу, подвергнуться совместному разбору и обсуждению. Врач для эффективной диагностики и лечения нуждается в получении подчас самой интимной информации о частной жизни пациента.

Гарантия со стороны медика в безусловном соблюдении конфиденциальности позволяет пациенту быть достаточно откровенным, не опасаясь, что столь существенная для современного человека моральная ценность, как неприкосновенность его частной жизни, будет как-либо нарушена.

2. Норма конфиденциальности является *условием защиты социального статуса пациента*. Мы живем в несовершенном мире, в котором достаточно часто медицинский диагноз или другая медицинская информация может стать клеймом (стигмой) для человека, что значительно ограничивает возможности его социального самоутверждения. В качестве стигматизирующей нередко выступает, например, информация о наличии психического заболевания, ВИЧ-инфицированности, злокачественного заболевания, генетического порока, гомосексуальной ориентации, венерического страдания, сексуального расстройства.

Став достоянием гласности, подобная информация нередко вызывает у окружающих неосознанную реакцию, которая обычно выражается в социальной изоляции стигматизированного больного. В результате вокруг него образуется своеобразный социальный вакуум. Для каждого человека важно то социальное место, которое он по достоинству занимает в социальном мире, его социальный статус. Нарушение нормы конфиденциальности несет прямую угрозу этой человеческой ценности.

3. Норма конфиденциальности *защищает экономические интересы пациентов*. Информация о том, что человек болен раком, даже в форме, при которой возможно практическое выздоровление, может резко ограничить возможности продвижения по службе или занятия выборных должностей. Разглашение информации о том, что психиатр или адвокат ВИЧ-инфицированы, может резко снизить число их клиентов и нанести тем самым существенный финансовый урон, хотя в реальности их носительство вируса не несет клиентам никакой серьезной угрозы.

4. Конфиденциальность отношений между профессионалами и клиентами *необходима для обеспечения откровенности их общения*.

Обвиняемый, начиная разговор с адвокатом, не должен опасаться, что переданная им откровенная информация может быть использована против него в суде.

Аналогично и пациент, обнажаясь и телесно, и душевно перед врачом, должен быть убежден, что это не приведет к нежелательным последствиям. Только уверенность пациентов в неукоснительном соблюдении конфиденциальности обеспечивает откровенность, без которой невозможна реализация нормальной профессиональной деятельности медицинских работников.

Не следует забывать, что успех для профессионала имеет значение не только с точки зрения его финансового вознаграждения, но и с точки зрения его личностной самореализации. Следовательно, защищая конфиденциальность, медик защищает интересы не только пациентов, но и свои собственные интересы как личности.

5. От того, насколько эффективно врачи способны обеспечивать конфиденциальность информации о своих пациентах, непосредственно зависит *имидж врачей в глазах общества и их популярность*.

Современное законодательство по здравоохранению наделяет пациентов правом выбора врача и медицинского учреждения. Естественно, что в ситуации выбора предпочтение будет отдано тому, кто, помимо высоких профессиональных качеств, демонстрирует и соответствие достаточно высокому моральному стандарту, в котором соблюдение конфиденциальности играет весьма существенную роль.

6. Конфиденциальность в медицинской деятельности *обеспечивает доверие в отношениях с пациентами*. Понятие доверия шире, чем понятие откровенности.

Находясь, к примеру, в больнице, пациент может оказаться в ситуации, когда вследствие неблагоприятного развития заболевания или в результате проведения медицинской манипуляции, контроль за его состоянием окажется полностью в руках врачей. Пациент должен доверять врачам, верить в то, что они во всех такого рода ситуациях будут руководствоваться прежде всего его интересами.

7. Соблюдение конфиденциальности существенно влияет на *реализацию права пациента на автономию*. В ряде аспектов это право пересекается с защитой неприкосновенности частной жизни, необходимостью гарантий социального статуса и экономических интересов пациентов. Однако право на автономию имеет и более общий характер. Дело в том, что человек сознает себя полноценной, ответственной и самодетерминируемой личностью лишь тогда, когда он способен эффективно контролировать события, происходящие в его жизни. В этом – залог его личной свободы, минимальной зависимости от внешних сил, стремящихся манипулировать его поведением. Разглашение медицинской информации делает человека более уязвимым и зависимым в этом отношении.

Однако в ситуациях, когда медицинская информация о пациенте касается жизненно-важных интересов третьих лиц – родственников либо тех, с кем пациент находится в контакте вследствие выполнения своих профессиональных или иных обязанностей. применение данного стандарта медицинской деятельности проблематично,

Характерным примером являются *ситуация генетического тестирования* человека. Установление диагноза, свидетельствующего о наличии у него гена, определяющего или предрасполагающего с высокой степенью вероятности к развитию серьезной патологии, имеет существенное значение не только для данного пациента, но и для лиц, находящихся с ним в генетическом родстве или в браке.

*Профессиональный долг врача* заключается в том, что он обязан сделать все от него зависящее для предупреждения известной ему угрозы здоровью других людей.

Вместе с тем правило конфиденциальности *обязывает его руководствоваться интересами конкретного пациента* и не передать информацию без его согласия. Возникает конфликт ценностей, который не может быть разрешен чисто механическим путем.

*Пример.* Врач диагностировал у пациента, работающего шофером автобуса, эпилепсию. Пациент отказывается сообщить о случившемся с ним по месту работы, поскольку знает, что это повлечет его отстранение от рейсов и необходимость переквалификации. Поскольку развитие эпилептического припадка во время рейса может

вызвать многочисленные жертвы среди пассажиров, то врач, не сообщивший об этом администрации предприятия, где работает пациент, ставит их жизнь и здоровье под серьезную угрозу. И здесь налицо тот же конфликт ценностей.

Аналогичного рода конфликт ценностей может случиться в *практике психотерапевта или психиатра.*

*Пример.* Во время беседы на приеме клиент сообщает о возникающих у него идеях убить или покалечить кого-либо из близких. Должен ли врач предупредить этих людей о грозящей им опасности или же ему надлежит сохранить эту информацию конфиденциальной? Психиатр, предупредивший этих родственников об опасности, рискует потерять доверие пациента и тем самым резко осложнить процесс лечения. Не предупредив их, он рискует поставить под угрозу жизнь другого человека.

В биоэтической литературе стал классическим случай, имевший место в США, в Калифорнии, в 1969 г. и называемый «*казус Татьяны Тарасовой*».

Психотерапевт, узнав о навязчивой идее пациента убить девушку – Татьяну Тарасову, которая не отвечала ему взаимностью, не сообщил об этой угрозе ни ей, ни ее родственникам, а лишь постарался переубедить своего клиента не делать этого. Пациент на словах согласился с мнением врача, но через какое-то время убил Татьяну. В специальном заключении суд обязал врачей предупреждать третьих лиц об опасности, о которой им стало известно в процессе работы с пациентом. Это решение вызвало серьезные возражения со стороны видных представителей медицинской профессии, поскольку без полного доверия к врачу со стороны пациента медицинская практика невозможна.

Как же разрешать подобные конфликты, если они возникают в реальной практике?

*Прежде всего, не следует спешить.* Ситуация должна быть подробно обсуждена с самим пациентом. В ряде случаев полезно бывает детально обсудить ситуацию и с коллегами (которые после получения этой информации также оказываются связанными нормой конфиденциальности). Может случиться так, что несогласие пациента на передачу информации обусловлено тем обстоятельством, что он либо недооценивает опасность своего состояния, либо преувеличивает те трудности, которые могут возникнуть у него вследствие разглашения.

В тех случаях, когда убедить пациента не удастся, врач должен принять решение сам и нести весь груз ответственности за принятое решение. Готовых рецептов на все случаи жизни быть не может. Ясно одно – чем более нравственно сформирован врач, чем больше у него опыт обсуждения и решения подобных ситуаций, чем больше



он знаком с опытом своих коллег, тем более ответственным и нравственно обоснованным будет его выбор.

## **2.2. Конфиденциальность и разделение труда в медицине**

Существенные проблемы для реализации нормы конфиденциальности возникают в связи с прогрессирующим разделением труда в медицинской практике. Если раньше врач единолично осуществлял необходимое обслуживание пациента и мог лично контролировать информацию, то в современной поликлинике или больнице с пациентом работают десятки людей – врачи разных специальностей, медицинские сестры, администраторы.

Поэтому конфиденциальность становится моральным качеством не только индивидуального врача, но и медицинского коллектива. Как справедливо настаивает М. Н. Малеина: «...если помощь оказывается в лечебном учреждении, то обязанность обеспечить тайну несет это учреждение» [1].

Необходимо также учитывать быструю компьютеризацию методов хранения и обработки медицинской информации, которая не только резко улучшает и облегчает этот процесс, но и создает не существовавшие ранее возможности для несанкционированного доступа к медицинским документам.

Проблема конфиденциальности перерастает в вопрос о надежности современных социо-технических систем, включающих отдельных медицинских работников, медицинский коллектив и информационные системы на базе компьютеров.

## **2.3. Конфиденциальность и традиции отечественной медицины**

Специфика обсуждения проблемы конфиденциальности в нашей стране заключается в том, что еще в Советском Союзе существовали, да и поныне продолжают существовать *традиции приоритета государственного интереса над частным*.

Начиная с 60-х годов XX столетия отношение к проблемам врачебной тайны изменяется. Минздравом издаются соответствующие нормативные документы. Обязательство хранить в тайне сведения о частной жизни и состоянии здоровья пациентов входит в «Клятву Врача Советского Союза». Однако вследствие полной зависимости медицинской профессии от партийно-государственного контроля норма конфиденциальности так и оставалась декларативной.

Речь идет не только о беспрепятственном доступе к историям болезни и другим источникам информации для представителей органов власти.

Гораздо больше проблем в практической реализации нормы конфиденциальности создает *устойчивая традиция отечественных*

*врачей не распространять запрет разглашения конфиденциальной информации на членов семьи больного.*

Более того, в случае диагноза злокачественного онкологического заболевания или неблагоприятного для жизни прогноза именно члены семьи обычно получают достоверную информацию, которая при этом скрывается от самого пациента. С точки зрения канонов биоэтики подобная позиция недопустима.

По мнению Бичампа и Чилдресса «...семья помогает обеспечить необходимые уход и поддержку многим пациентам, но автономный пациент имеет моральное право наложить вето на любую попытку вмешательства семьи...» [3]. Авторы исходят при этом из приоритета прав индивидуума, а также из того, что права третьих лиц формируются путем добровольного делегирования данным индивидом некоторой доли полномочий. Обсуждение медицинской информации с членами семьи за спиной пациента следует считать нарушением нормы конфиденциальности.

### *Литература*

1. Малеина М. Н. Человек и медицина в современном праве. М.: Издательство Бек, 1995. – С. 65.

2. Тищенко П. Д. Этические правила взаимоотношений медицинских работников и пациентов // Биоэтика: принципы, правила, проблемы: Сб. науч. тр. / Под ред. Б.Г. Юдина. – М., 1998.

3. Beauchamp T. L., Childress J. F. Principles of Biomedical Ethics. Oxford Univ. Press. N. Y. – Oxford, 1994. – P. 399.

4. Bioethics. Ed. by Rem D. Edwards, Glen C. Graber. Jovanovich, publishers. San Diego, 1988. – P. 36.

5. Garrett Th. M., Baillie H. W., Garrett R. M. The Ethics of Testing and Screening / Health Care Ethics. Principles and Problems. – Prentice-Hall: Inc. New Jersey, 1989. – P. 97.

6. Moral Problems in Medicine. Second Edition. / Ed. by Gorovitz et al. – 2d ed. – Prentice-Hall, Inc. Englewood Cliffs. New Jersey, 1983. – P. 366-367.

## ГЛАВА IV. СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ОТДЕЛЬНЫХ МЕДИКО-ЭТИЧЕСКИХ ПРОБЛЕМ

### ЛЕКЦИЯ 15.

### МЕДИКО-ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОКРЕАЦИИ

#### 1. Прокреация как проблема

Проблема *прокреации* (от лат. *procreatio* — рождение, произведение на свет, воспроизводство потомства) связана с регулированием половой жизни человека.

В начале человеческой цивилизации этот процесс осуществлялся с помощью половых табу.

Следующим этапом стало создание религиозных и гражданских законов.

Проблема прокреации включает в себя ряд частных проблем, к которым необходимо отнести:

- гомосексуальные отношения;
- планирование семьи и контрацепция;
- искусственное оплодотворение и суррогатное материнство;
- генетическое консультирование;
- искусственное прерывание беременности;
- венерические заболевания и прокреация.

На конкретном примере можно рассмотреть юридический, правовой и морально-этический стороны этой проблемы. В книге «Медицина и права человека» предлагается следующий случай [4].

Родители-мусульмане приводят свою дочь на осмотр к врачу, чтобы удостовериться в ее девственности. Девушка отказывается от осмотра.

1. *Международное право.* Подобное поведение родителей должно быть запрещено высшим национальным законодательным органом как в западных странах, так и в странах мусульманского вероисповедания.

2. *Этика.* Согласно Международному кодексу медицинской этики (ВМА., Лондон, 1949), врач должен осуществлять свою деятельность, уважая человеческое достоинство, права пациентов, и хранить в абсолютной тайне то, что он знает о своих пациентах.

3. *Религиозная мораль.*

А. *Католическая.* С точки зрения католической морали, требование родителей в данном случае совершенно незаконно, ибо оно затрагивает свободу субъекта и уважение его моральных чувств. Только суд может потребовать такого освидетельствования, исходя из соображений общего блага или чтобы убедиться в возможно имевшем место преступлении.

Б. *Протестантская*. Прежде всего, следует проявить уважение к достоинству и свободе девушки.

В. *Мусульманская*. Родители не имеют права заставить девушку пройти осмотр с целью проверки сохранения ее девственности. В данном случае мы имеем дело с посягательством на человеческое достоинство. Только органы судебной власти могут быть вынуждены прибегнуть к проведению подобного осмотра в случае изнасилования.

Г. *Буддийская*. Придерживается аналогичной точки зрения.

Во всякой религии есть ритуалы и обычаи, которые отражают ее сущность. Ритуалы рождения и смерти служат выражением самых глубоких убеждений, которые составляют ядро всех мировых религий. Главным из них является убеждение в *важности иметь детей, в священности человеческой жизни, в подверженности людских мнений ошибкам и в то же время необходимости жить в согласии с повелениями Божьими*.

Говоря об отношении медицинской этики к проблемам половой жизни, можно остановиться на известном руководстве А. Молля «Врачебная этика».

Одним из самых спорных для врачей начала XX века был *вопрос о рекомендации пациентам внебрачных половых сношениях*.

А. Молль пишет: «Врач, который, рекомендуя пациенту *внебрачные половые сношения, не обратил бы самым серьезным и настойчивым образом внимания на опасность заражения, нарушил бы свою первую обязанность... Врач не должен советовать внебрачные половые сношения...*» [5].

А. Молль, рассуждая о морально-этической оценке половых извращений, вполне справедливо различает гомосексуализм и педофилию (половое влечение к детям), считая последнюю изнасилованием, и делает вывод, что *врач не должен советовать гомосексуальные сношения* [5].

Современная сексология провозглашает «*освобожденную сексуальность*», поэтому обычным терапевтическим средством лечения некоторых сексуальных расстройств является использование «замещающих» (внебрачных) партнеров. При этом не задумываются о том, насколько это этично.

Одним из достижений XX века можно рассматривать понятие «*сексуальное здоровье*», которое наряду с другими параметрами включает в себя такие, как «свободу от страха, чувства стыда и вины, ложных представлений и других психологических факторов, подавляющих сексуальную реакцию и нарушающих сексуальные взаимоотношения» [8].

По мнению профессора М.Я. Яровинского, последние десятилетия характеризуются заметными сдвигами в сознании врачей в отношении сексуального поведения людей [11]. Определенный моральный

негативизм можно было бы ощутить, например в МКБ-9 (1975), где были объединены в одно понятие – «половые извращения» – гомосексуализм, транссексуализм. В 10-м пересмотре МКБ (1993) понятие «извращения» заменено словами «предпочтение», «сексуальная ориентация».

Современная медицинская этика не может быть равнодушной по отношению к тому, как сексуальное поведение в современном обществе влияет на состояние здоровья членов этого общества и в силу этого ставит новые задачи перед медицинскими работниками.

Прежде всего, вызывает немалую тревогу все более *ранний возраст детей, вступающих в сексуальные отношения*, со всеми вытекающими из этого последствиями.

В Англии были зарегистрированы в 1995 году 11-12-летняя мамы. Отцами обычно являются либо ровесники, либо ребята старше своих партнерш. Был опубликован портрет 11-летнего Стюарта из города Шарнбрук графства Бедфордшир, который стал самым юным будущим папашей в Европе. Его партнерше было 15 лет.

Московский Комитет по делам семьи и молодежи опубликовал данные о том, что в 1997 году в столице 75 девушек родили в возрасте до 15 лет, 16-летние рожали 315 раз (у 3 это был второй ребенок), 17-летних матерей было 864 (у 16 из них это был уже второй ребенок).

Легальные аборты в 1997 году сделали 71 девушка до 15 лет, 10 536 – в возрасте от 15 до 17 лет. По данным Министерства Здравоохранения Российской Федерации в 1996 г. в стране было зарегистрировано 2,7 миллиона абортов. Каждый 10-й из них приходится на девушек-подростков [по 11].

Все это свидетельствует о плохо организованном и неграмотно проводимом сексуальном просвещении. По настоянию православной церкви и некоторых депутатов Государственной Думы были запрещены как безнравственные программы и пособия по сексуальному воспитанию школьников.

Кроме ранней беременности для современного сексуального поведения характерно также *заметное увеличение «возраста любви»*. В 1998 году Нобелевской премией были награждены исследователи *оксида азота*. Дело в том, что создание *таблеток виагры* сделало переворот в лечении импотенции. Обратной стороной этого открытия явилось немалое количество смертей лиц пожилого возраста, слишком увлекшихся «отвлекающей терапией».

С увеличением «возраста любви» *увеличивается число позднородящих*, со всеми вытекающими отсюда негативными последствиями. Так, по данным английской прессы, еще в 1987 году 55-летняя Катлин Камбелл родила сына, а в 1993 году 59-летняя бизнесвумен подарила миру двойняшек. Эти два несколько застарелых рекорда были побиты 60-летней фермершей Элизабет Баллт, которая сообщила родной Бри-

тании о своем рекорде, продемонстрировав доказательство в виде трехмесячного сына Джоуи.

Королевский колледж акушеров заявил, что рождение детей у женщин, которым перевалило за 50, — очень тяжелое и рискованное событие. В 60 лет у молодой мамы Элизабет был очень высокий риск рождения ребенка с синдромом Дауна [по 11].

## 2. Гомосексуальные отношения

Все мировые религии придают большое значение браку. Его высокая оценка обусловлена тем, что брак обеспечивает человеку эмоциональную и духовную полноценность через поддержку и товарищество супруга.

Понимая бесплодность однополых браков, *религиозные законы большинства народов объявляют их греховными.*

*Католическая мораль* гомосексуальную практику «абсолютно осуждает как аморальную», так как речь идет об осеменении с помощью донора, не являющегося участником брака.

*Православие* также сохранило до сих пор резко отрицательное отношение к гомосексуализму.

Гомосексуальные взаимоотношения осуждаются *иудаизмом.*

С развитием культуры и государственности религиозные законы стали сочетаться или заменяться законодательными актами. Если, например, за гомосексуализм в *мусульманском* государстве Иран по законам шариата можно убить, то в некоторых светских государствах Западного мира браки между гомосексуалистами или лесбиянками стали регистрироваться, несмотря на запреты церкви [по 11].

Современные медицинские технологии искусственного оплодотворения *in vivo* и *in vitro* позволяют даже гомосексуальным парам иметь детей. В связи с этим потребовалось разработать соответствующие рекомендации международного права и медицинской этики.

*Брюссельская декларация* признает законным искусственное оплодотворение, потому что это «позволяет иметь детей парам (в том числе и гомосексуальным), лишенным возможности производить детей»[4].

## 3. Планирование семьи и контрацепция

Как показывает практика, «сверхъюные» и «свехпрестарелые» мамы чаще всего становятся ими из-за отсутствия или неправильного использования мер контрацепции.

*Проблема контрацепции* женщин существует тысячелетия. Оригинальные контрацептивы существовали у древних народов Египта, Индии, Китая. В XX веке проблема контрацепции приобрела особую



остроту, влияя, с одной стороны, на демографические проблемы, а с другой, — на охрану здоровья женщин [по 11].

В 1967 году ВМА на Всемирной медицинской ассамблее в Мадриде приняла декларацию «*О планировании семьи*». Учитывая важность проблемы, ВМА подтвердила ее основные положения на своей ассамблее в 1969 году и дополнила в 1983 году.

Согласно декларации «...Целью планирования семьи является не навязывание ограничений, а улучшение и обогащение человеческой жизни. Планирование семьи открывает перед каждым человеком большие возможности самореализации. Чтобы воспользоваться в полной мере одним из основных прав человека, родители должны обладать знаниями и владеть способами планирования семьи, осознанно и самостоятельно принимать решение о количестве детей и возрастной разнице между ними...» [3].

Идея «свободного и ответственного родительства», заложенная в концепции планирования семьи, пробивала себе дорогу в советском обществе более 20 лет и была официально признана только в 90-х годах. Заимствованная на Западе идея репродуктивной свободы могла реализоваться только в постсоветском обществе и только одновременно с другими аналогичными идеями — индивидуальности, индивидуального выбора, свободы совести, свободы слова [по 11].

Отсутствие реальных программ поддержки молодых семей, возможности планирования семьи в советском государстве не могло не повлечь за собой следующих последствий:

- рождение нежеланных детей и связанная с этим родительская жестокость;

- отказы от детей;

- детоубийства;

- пренебрежение родительскими обязанностями.

В Республике Беларусь в настоящее время сложилась довольно развитая система социальных гарантий семьям с детьми — одна из лучших в постсоветском пространстве.

Она регулируется Законом РБ «О государственных пособиях семьям, воспитывающим детей», Указом Президента РБ «Об основных направлениях государственной семейной политики», президентской программой «Дети Беларуси».

Всемирная медицинская ассоциация, прекрасно понимая тесную взаимосвязь проблемы планирования семьи с проблемой использования современных контрацептивов и принимая во внимание, что в 80-90-е годы XX века созданы многочисленные контрацептивные средства, вполне доступные для населения, ВМА сочла необходимым привлечь внимание врачей всего мира, независимо от их профиля, религиозных или политических убеждений к активной пропаганде контрацептивов.

Морально-этические аспекты этой проблемы изложены в Декла-

рации ВМА «О праве женщины на использование контрацепции», принятой в сентябре 1994 года 46-й Всемирной медицинской ассамблеей в Стокгольме.

В этом документе говорится: «Всемирная медицинская ассоциация настаивает на том, чтобы всем женщинам было разрешено контролировать фертильность путем сознательного выбора, а не случайным образом. ВМА настаивает также на том, что индивидуальный выбор в вопросе использования контрацепции является правом женщин, вне зависимости от их национальной принадлежности, социального статуса или вероисповедания. Женщины должны иметь доступ ко всем средствам медицинской и социальной консультации, необходимым для получения максимальной пользы от планирования семьи».

Долгом медицинских работников является пропаганда сознательного планирования семьи, средств предохранения от нежелательной беременности. Заботясь о здоровье женщины, такие средства должен использовать и мужчина.

В некоторых странах широко применяют стерилизацию мужчин с целью ограничения рождаемости. Католицизм, иудаизм, ислам решительно осуждают добровольную стерилизацию. Международное право считает ее допустимой, если психическое состояние человека позволяет ему понять последствия такой операции. Специального международного деонтологического документа по этой проблеме пока нет [по 11].

В статье 34 «Применение методов стерилизации» «Закона Республики Беларусь о здравоохранении» говорится: «Медицинская стерилизация как медицинское вмешательство в целях лишения способности к воспроизводству потомства или как метод контрацепции проводится в организациях здравоохранения только по письменному заявлению совершеннолетнего пациента. Порядок проведения стерилизации определяется Министерством здравоохранения Республики Беларусь»

#### **4. Искусственное оплодотворение и суррогатное материнство**

##### **4.1. Искусственное оплодотворение**

Многие семьи страдают от «лишних» детей, не зная, чем их кормить, как вырастить. Другой стороной проблемы являются бесплодные семейные пары. Медицина давно пыталась прийти им на помощь.

Первый опыт искусственного оплодотворения был произведен на собаках в 1780 году аббатом Спаланцани. С 1844 года метод искусственного оплодотворения начинают использовать для оплодотворения кобыл и коров.

В России с 1899 года появились работы по искусственному оплодотворению различных видов животных известного ветеринара И.И. Иванова. Именно ему исследователи отдают пальму первенства в движении идеи о возможности оплодотворения в искусственной среде. В 1917 году в России доктор Ф. Ильин сообщил о том, что наука располагает 69 описанными и успешными случаями искусственного оплодотворения женщин спермой своего мужа.

В 1925 году первая женщина акушер-гинеколог в Туркестане доктор А.А. Шорохова в своем докладе на VI съезде Всесоюзного общества гинекологов и акушеров, проходившем в Ташкенте, заявила, что рассматривает искусственное оплодотворение не только как метод преодоления бесплодия (который в случае искусственного осеменения спермой донора или мужа связан, как правило, с мужским бесплодием), но и как «нежелание женщин сходитьсь с мужчиной», или как «право иметь ребенка неполовым путем» [4].

В 1944 году было осуществлено первое успешное культивирование ооцита человека и *экстракорпоральное оплодотворение* (ЭО), приведшее к развитию двухклеточного эмбриона.

В 1968 году в клинике Бон-Холл (Кембридж, Англия) медику Р. Эдвардсу и эмбриологу Н. Степту удалось имплантировать в полость матки женщины, страдающей бесплодием, эмбрион, полученный в пробирке в результате соединения яйцеклетки и сперматозоида. Через 9 месяцев родился *первый в мире «пробирочный» ребенок* – Луиза Браун [4]. Началась новая эпоха в лечении бесплодия.

Сегодня число детей, *зачатых в пробирке (in vitro)*, составляет сотни тысяч. В 15 странах эти методы признаны *этически допустимыми* и их применяют в больших масштабах. По некоторым данным, в США около 1,5 миллионов женщин страдают от бесплодия, 170 клиник проводят операции искусственного оплодотворения, и очереди в них не уменьшаются, несмотря на болезненность и дороговизну процедуры [1].

В Советском Союзе *метод экстракорпорального оплодотворения и переноса эмбриона в полость матки (ЭКО-ПЭ)* появился позже. В 1965 году во Всесоюзном научно-исследовательском институте акушерства и гинекологии Минздрава СССР была создана группа раннего эмбриогенеза под руководством профессора Б.В. Леонова, преобразованная в 1973 году в лабораторию экспериментальной эмбриологии. В этой лаборатории был впервые применен метод оплодотворения *in vitro* яйцеклеток человека.

В начале 80-х годов в клиническую практику внедрен *метод искусственной инсеминации*, создан банк спермы. К 1985 году лаборатория была полностью переоснащена, переориентирована на метод ЭКО, и в 1986 году в Центре родился первый ребенок «из пробирки».

С 1986 по 1998 год в Научном центре акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН родилось более 1500 таких детей. Профессор Б.В. Леонов в интервью журналу «Человек» говорил: «Несколько первых детей обошлись нам примерно в 50 тыс. долларов каждый. Сейчас их «цена», точнее, средства, потраченные на них, стали, конечно, меньше. Сейчас уже никто не говорит о том, что это бриллиантовые дети, и никто не спорит, надо ли это делать или не надо... Сегодня практически в любой развитой стране этот метод существует, и по сравнению с консервативными методами лечения бесплодия часто оказывается более предпочтительным. Скажем, при отсутствии обеих маточных труб он абсолютно показан, т.е. только так можно помочь женщине...».

Педиатр В.О. Бахтиярова и ее коллеги, анализируя особенности постнатального развития детей, родившихся благодаря новым технологиям, пришли к выводу, что 92 % из них здоровы, их физическое и нервно-психическое развитие соответствует возрастным нормам.

Это позволило им утверждать, что экстракорпоральное оплодотворение и искусственная инсеминация в лечении бесплодия обоснованы и целесообразны, и при соблюдении определенных условий состояние здоровья детей не вызывает опасений. В то же время каждый из методов искусственного оплодотворения, безусловно, увеличивает риск перинатальной патологии и неврологических расстройств, но степень риска, его причины и возможности снижения различны и зависят от способов коррекции бесплодия.

Особого внимания заслуживают возникающие здесь морально-этические проблемы. Известно, что чем меньше шансов у женщины обрести материнство, тем больше она к нему стремится. Вступают в действие такие мощные стимулы, как желание самоутвердиться, сохранить семью, испытать счастье материнства и т.д.

Длительное и безуспешное лечение бесплодия обычно сопровождается потерей наиболее благоприятного для репродукции времени. Врач, зная высокую вероятность рождения больного ребенка, считает нецелесообразным проведение искусственного оплодотворения, в то время как его пациентка готова на любые испытания.

Результаты опытов свидетельствуют о том, что даже в очень сложных ситуациях, когда степень риска велика, родившийся ребенок может не иметь существенных отклонений в состоянии здоровья. Следовательно, тот редкий шанс, на который рассчитывает женщина, страдающая бесплодием, существует. Можно ли лишать ее этого шанса?

Видимо, в подобных ситуациях целесообразно придерживаться рекомендаций, которые эксперты Всемирной организации здравоохранения дают супругам, имеющим в роду тяжелые наследственные болезни. Врач информирует их о положении дел, а решение принимают сами родители [2].

#### 4.2. Суррогатное материнство

Другая возможность избавления от бесплодия – «суррогатное материнство». Женщина, которая не в состоянии по каким-то причинам выносить плод, использует для этой цели другую здоровую женщину, в матку которой помещают оплодотворенную яйцеклетку.

У «суррогатного материнства» появились свои сторонники и противники. Одни считают, что оно *может быть благом*, другие полагают, что *нельзя превращать в предмет торговли способность женщины к деторождению*.

Сложные этические проблемы возникают в следующих случаях:

- появления на свет ребенка с дефектами развития или близнецов;
- зачастую семья согласна признать лишь «хорошего» ребенка;
- обе участвующие в этой процедуре женщины не чувствуют себя ответственными за дальнейшую судьбу ребенка, родившегося с какой-либо патологией;
- складывается асимметрия взаимоотношений приемной матери и ее мужа – биологического отца [9].

В связи с этим 39-я Всемирная медицинская ассамблея (Мадрид, 1987) приняла «Декларацию об искусственном оплодотворении и трансплантации органов».

Всемирная медицинская ассоциация призывает всех врачей к соблюдению норм медицинской этики и к бережному отношению к здоровью будущей матери и эмбриона с самых первых дней его жизни

С этической и научной точек зрения медицинская помощь оправдана при бесплодии, не поддающемся медикаментозному и хирургическому лечению, особенно в случаях:

- а) иммунологической несовместимости;
- б) непреодолимых препятствий для слияния мужской и женской половых гамет,
- в) бесплодия по неизвестным причинам.

Во всех перечисленных случаях врач может действовать только при условии *добровольного, информированного и осознанного согласия донора и реципиента*. Врач должен всегда действовать также и в интересах ребенка, который родится после проведения операции.

В *обязанности врача* входит предоставление пациентам полной информации на доступном их пониманию уровне о цели, способе, риске, неудобствах и возможной неудаче операции и получение их согласия.

Только прошедший соответствующую специальную подготовку врач может взять на себя ответственность за выполнение операции.

Пациенты имеют такое же право на соблюдение тайны и невмешательство в личную жизнь, как и при любом другом методе лечения. Согласно Декларации при оказании помощи не имеющей матки взрослой женщине может быть использована процедура так называемой

мого суррогатного материнства. При этом *отвергается* любой *коммерческий подход*, при котором яйцеклетки, сперма и/или эмбрион становятся предметом купли-продажи [3].

## 5. Генетическое консультирование

Влияние наследственности на перинатальную (связанную с родами) заболеваемость и смертность чрезвычайно высоко и достигает 30 %. Например, при спонтанных абортах, составляющих около 15 % исходов всех беременностей, частота хромосомных аномалий достигает 95-98 %. Врожденные наследственные заболевания у новорожденных составляют 4—6 % [6].

Для уменьшения *генетического груза* необходимы исследования и оценка здоровья будущих родителей на предмет выявления и возможности передачи генетических заболеваний. Современная медицина также располагает значительными возможностями внутриутробной диагностики разнообразных пороков развития и наследственных болезней плода.

Использование в практической медицине достижений клинической генетики может в значительной мере снизить число инвалидов детства. Для этого в любом государстве должна быть создана разветвленная и хорошо оснащенная *медико-генетическая служба*.

На 39-й Всемирной медицинской ассамблее (Мадрид, 1987) ВМА по этой проблеме был принят важнейший медико-этический документ – *«Декларация о генетическом консультировании и генной инженерии»*. Ее целью является помочь врачам в решении этических и профессиональных проблем, возникающих в связи с научным прогрессом в области генетики.

В генетической диагностике существует два подхода:

1) скрининг до зачатия или оценка будущих родителей на предмет возможности передачи генетических заболеваний с целью предсказания вероятности зачатия генетически неблагополучного ребенка,

2) внутриматочные исследования после зачатия – ультразвуковое исследование, амниоцентез и фетоскопия – с целью определения состояния плода.

Врач, проводящий генетическое консультирование, обязан предоставить будущим родителям в доступной форме информацию, достаточную для принятия ими осознанного решения о возможности деторождения.

Предоставляя информацию семейным парам, принявшим решение о продлении рода, врачи должны придерживаться этических и профессиональных норм, принятых в их странах, рекомендаций ВМА и других медицинских организаций.

*В случае выявления генетических аномалий у плода, будущие ро-*



*дители могут решить прервать беременность.* Врач, имеющий право на личное отношение (поддержку или отвержение) к проблемам контрацепции, стерилизации или искусственного прерывания беременности, не может навязывать свои моральные ценности потенциальным родителям, но и не обязан изменять своим убеждениям в угоду их решению.

*Врачи, полагающие, что контрацепция, стерилизация и искусственное прерывание беременности противоречат их принципам и убеждениям, могут отказаться от генетического консультирования.* Однако во всех случаях врач обязан предупредить будущих родителей о возможности возникновения генетических проблем и посоветовать пройти генетическое консультирование у компетентного специалиста [3].

Вопросы этики и генетики человека (сохранение конфиденциальности, полное ознакомление пациентов с результатами лабораторных исследований, выполнение моральных обязательств в отношении третьих лиц) являются достаточно сложными и зачастую не имеют однозначных решений.

Почти все специалисты единодушно считают, что *этические проблемы при медико-генетических исследованиях так же значимы, как медицинские и технологические* [9].

С врожденными уродствами, с дефектами развития плода медицинским работникам приходится, к сожалению, встречаться довольно часто. Жизнь задает им порой нелегкие вопросы этического свойства. Например, всегда ли следует спасать новорожденных с пороками развития? Кому из них жить и кому умирать?

*Декларация ООН о правах инвалидов и умственно отсталых (3447/XXX)* однозначно говорит, что они пользуются одинаковыми с другими людьми правами, особенно правом на жизнь [4].

Однако родители, измученные проблемами, свалившимися на них из-за ребенка-урода, могут попросить врача или медсестру не лечить его, не делать операции, отключить аппарат, поддерживающий в нем жизнь.

## **6. Искусственное прерывание беременности**

Испокон веков искусственное прерывание беременности было вне закона. Все религиозные конфессии запрещали верующим участвовать в этой процедуре. *XX век легализовал аборты.*

Появление во второй половине XX века альтернативных средств регуляции рождаемости, изменение культурных традиций мирового сообщества заострило вопрос о нравственной оценке процедуры искусственного прерывания беременности.

Искусственное прерывание беременности распространено в наши дни более, чем когда-либо в предыдущей истории. Ежедневно в мире

совершается около 100 миллионов половых актов, в 910 000 случаев происходит зачатие, в 10 % этих случаев беременность заканчивается искусственным абортom.

### **6.1. Морально-этические аспекты проблемы искусственного аборта**

По мнению Л.В. Коноваловой, проблема абортов включает в себя две противоположные точки зрения.

1. Аборт – это сугубо личная, интимная проблема, которая никого, кроме самой женщины, не касается, в которую никто не должен вмешиваться. Это – просто одна из медицинских операций, и, как в случае каждой хирургической операции, все проблемы решаются врачом и пациентом. Если совсем коротко выразить эту точку зрения, можно сказать так: *«Аборт – это медицинская проблема»*.

2. Противоположна вторая точка зрения: *аборт оскорбляет нравственное чувство*, поэтому здесь существует этическая проблема, и притом сложнейшая. Ведь прежде чем прийти к врачу, женщина решает моральную проблему: жизнь или смерть будущего человека. После обращения к врачу этический смысл вопроса не только не исчезает, но еще более усложняется.

Дело в том, что в его решение *вовлекается третий человек*. Он невольно становится *соучастником убийства*, потому что в отличие от любой хирургической операции данная имеет особую цель – уничтожить жизнь, убить человеческое существо, причем полностью беззащитное, бесправное, невинно страдающее.

Между двумя этими крайними точками зрения и лежит проблемное поле, на котором разворачивается драматическое столкновение различных позиций, точек зрения, подходов, оценок, воззрений.

1. Аргументация, которая обосновывает *право женщины на свободный ответственный выбор* в отношении того, вынашивать ли ей зачатый плод или аборттировать его, наиболее полно изложена в документах и публикациях МФПС – международной федерации планирования семьи. Вопрос об аборте – это часть вопроса о репродуктивном здоровье, репродуктивном выборе и репродуктивных правах человека.

*Репродуктивное здоровье* отражает очень важный аспект здоровья вообще и предполагает: а) способность производить потомство, б) свободное принятие решений в этой сфере, в) доставляющую удовлетворение и безопасную половую жизнь.

*Репродуктивный выбор* – проявление моральной автономии личности в вопросах сексуальности и деторождения. В первую очередь речь идет о сознательном и ответственном отношении личности к этим вопросам.

*Репродуктивные права* призваны создать социальные предпосылки для обеспечения репродуктивного здоровья. Они нашли отра-

жение во многих международных документах по правам человека и национальных законодательствах. Важнейшее из репродуктивных прав – охраняемое государством *право иметь и сохранять репродуктивное здоровье*.

Это право становится реальным лишь при доступности для женщин и мужчин всех современных средств планирования семьи, одним из которых (хотя и наименее подходящим) в определенных ситуациях может считаться и искусственный аборт. К сожалению, в современном обществе аборт неизбежен. Подлинным социальным злом являются последствия аборта для женщины. Ежегодно в мире от них гибнет около 70 тысяч женщин.

Репродуктивные права в определенном смысле являются основополагающими, в особенности – для женщин. Как говорила одна из первых активисток движения за право женщины на аборт А. Дэвис: *«Какие бы права женщинам не предоставляли – голосовать на выборах, получать образование и т.д. – все это ничего не стоит, если у нас нет права распоряжаться собственным телом и контролировать то, что с нами происходит, если нашу судьбу могут изменить те, от кого мы можем забеременеть в силу случайности, обмана или применения силы»*.

Эксперты МФПС отмечают: «Для всех европейских стран путь их развития должен проходить не через ограничение репродуктивного выбора, а, напротив, его расширение». Таким образом, идеологи МФПС говорят о «двойной стратегии». В современном обществе женщина должна иметь доступ к сексуальному просвещению, у нее должен быть выбор средств регулирования фертильности. Но при наличии этих возможностей ей *должен быть доступен безопасный и легальный аборт*.

2. Противники абортов делают главный акцент на том, что эмбрион, плод имеет такое же право на жизнь, как и вообще всякий человек. Искусственный аборт – это всегда произвольное лишение жизни человеческого существа, то есть, убийство, а потому – как можно говорить о «праве на убийство»?

В традиционном медицинском подходе к проблеме аборта едва ли не главным всегда считался *вопрос о жизнеспособности плода*, то есть о той границе в его внутриутробном развитии, когда он уже в состоянии выжить вне организма матери с учетом возможностей, предоставляемых технологиями выхаживания недоношенных. ВОЗ рекомендует считать критериями живорождения 22 недели беременности и массу тела плода – до 500 грамм.

## **6.2. Статус эмбриона**

Эмбрион – не только часть тела женщины. Как биологическая структура эмбрион не тождественен никакому ее органу, поскольку он

есть человеческое существо, растущее в ее теле. Человеческий эмбрион обладает особым онтологическим статусом: он – «потенциальный человек».

Особый онтологический статус эмбриона определяет и его особый моральный статус. На любой стадии своего развития эмбрион является носителем человеческого достоинства. Плод приобретает моральный статус, становится субъектом фундаментальных моральных прав, проявляя при этом моральные качества человеческого рода в целом – такие как солидарность, долг, взаимответственность, свобода, любовь, милосердие.

### **6.3. Законодательство об аборте в современном мире**

С давних времен вопрос объявляется, помимо всего прочего, и юридическим вопросом. В европейских странах выделяют *четыре типа законов об аборте*:

1) самое либеральное законодательство разрешает «аборт по просьбе» (в небольшой группе стран);

2) довольно свободные законы разрешают аборт по многочисленным медицинским и социальным показаниям (в шести странах: Англия, Венгрия, Исландия, Кипр, Люксембург, Финляндия);

3) довольно строгие законы разрешают аборт лишь при некоторых обстоятельствах: угроза физическому или психическому здоровью женщины, incurable дефекты плода, изнасилование и инцест (в Испании, Португалии, Польше и Швейцарии);

4) очень строгие законы, которые или вообще запрещают аборты или разрешают их в исключительных случаях, когда беременность представляет непосредственную угрозу для жизни женщины (в Северной Ирландии, до недавнего времени – в Республике Ирландии и на Мальте).

Если же говорить о мире в целом, то в 98 % стран аборт разрешен в целях спасения жизни женщины, в 62 % – в целях сохранения ее физического и психического здоровья, в 42 % – в случаях беременности после изнасилования или инцеста, в 40 % – по причине дефективности плода, в 29 % – по экономическим и социальным причинам, в 21 % – по просьбе.

В Республике Беларусь одно из самых либеральных законодательств об аборте. В статье 35 «Искусственное прерывание беременности» «Закона Республики Беларусь о здравоохранении» отмечается: *«Операция искусственного прерывания беременности (аборт) сроком не более 12 недель проводится в организациях здравоохранения по желанию женщины. При наличии социальных показаний и желания женщины допускается искусственное прерывание беременности сроком не более 22 недель в государственных организациях здравоохранения. При наличии медицинских показаний и согласия женщины ис-*

*кусственное прерывание беременности проводится в организациях здравоохранения независимо от срока беременности. Перечень социальных показаний для искусственного прерывания беременности определяется Советом Министров Республики Беларусь. Перечень медицинских показаний для искусственного прерывания беременности определяется Министерством здравоохранения Республики Беларусь».*

Морально-этической основой принятия решения о прерывании беременности для врача должны быть национальные законодательства, а также «Венецианская декларация Всемирной медицинской ассамблеи о медицинских абортах» (1983), в которой имеется ряд важных положений.

1. Основополагающий моральный принцип врача – уважение к человеческой жизни с момента ее зачатия.

2. Обстоятельства, противопоставляющие интересы потенциальной матери интересам ее неродившегося ребенка, ставят врача перед необходимостью выбора: сохранить беременность или преднамеренно ее прервать.

3. Неоднозначность выбора определяется разными религиозными и нравственными позициями, причем любое из решений требует уважения.

4. Определение отношения к этому вопросу, и правил его решения в данном государстве или общине лежит вне компетенции медицины; врачи должны лишь обеспечить защиту своим пациентам и отстоять собственные права в обществе

5. В тех странах, где медицинские аборт разрешены законом, компетентные специалисты могут делать их на легальном основании.

6. Если личные убеждения не позволяют врачу рекомендовать или сделать медицинский аборт, он должен порекомендовать пациентку компетентному коллеге [3].

### **7. Венерические заболевания и прокреация**

В настоящее время венерические болезни становятся одной из наиболее распространенных групп инфекционных заболеваний в большинстве стран мира. Это характерно особенно в возрастной группе от 15 до 50 лет и даже среди детей. Эпидемиологический контроль за ними особенно важен, если учесть их роль в передаче ВИЧ.

По данным ВОЗ, в мире каждый год регистрируется более 250 миллионов вновь выявляемых случаев заболеваний, возбудители которых передаются половым путем. Хотя число венерических болезней в последние 25 лет постоянно увеличивается, лишь появление и распространение ВИЧ и СПИДа способствовали тому, что правительства, службы здравоохранения и общественность обратили на них внима-

ние и стали принимать меры по их предупреждению [11].

Инфекционные заболевания, передаваемые половым путем, могут явиться причиной бесплодия, мертворождений, самопроизвольных выкидышей, слепоты, церебральных нарушений, уродств, рака и даже смерти. Более того, становится все более очевидным, что многие инфекции, вызывающие патологические изменения и воспалительные процессы половых органов, могут значительно увеличить риск передачи ВИЧ половым путем.

*ВИЧ-инфекция породила немало этических и социальных проблем.* Под действием средств массовой информации у населения многих стран выработался панический страх из-за преувеличенной возможности заражения при обычном бытовом контакте. Это было и по настоящее время остается следствием все еще недостаточной информированности общественности.

Опасения «заразиться СПИДом» вызывали в начале развития эпидемии *спидофобию*. Среди медиков отмечались массовые отказы оказывать зараженным ВИЧ или даже «подозрительным на заражение» какую-либо медицинскую помощь вплоть до самой экстренной. Таким образом, распространение СПИДа в значительной мере подвергло испытанию «на прочность» даже основы традиционной медицинской этики.

Основным методом решения этой проблемы на Западе стало распространение *концепции* о том, что *помощь больным СПИДом должна оказываться во всех медицинских учреждениях наряду и на равных условиях с другими пациентами.*

Однако и до настоящего времени многие клиники в США и отдельные врачи не оказывают помощь ВИЧ-инфицированным, маскируя иногда истинную причину отказа какими-то посторонними мотивами типа «несоответствия заболевания профилю нашего стационара». До сих пор во многих странах сохраняется возможность того, что врач не будет оказывать помощь больному СПИДом под предлогом «*некомпетентности*» в данной патологии или по другой «объективной» причине.

Врачи по-разному относятся к пациентам из различных групп риска, что часто создает этические, а иногда и «производственные» конфликты. С этим, а не только со страхом заражения связаны некоторые случаи отказа в медицинской помощи. Было установлено, что медики в целом хуже относятся к больным СПИДом гомосексуалистам и наркоманам, средне — к заразившимся при гетеросексуальных контактах и лучше — к зараженным при переливании крови [7].

Такая дифференциация, несомненно, является своеобразной проблемой, так как противоречит концепции о равных возможностях людей в получении медицинской помощи.

Особую проблему представляет *сохранение тайны пациента при*



*ВИЧ-инфекции.* Как правило, там, где впервые выявляют ВИЧ-инфицированного, его имя быстро становится известным окружающим. Некоторые врачи считают необходимым первым делом уведомить о больном начальство. В результате жизнь инфицированных превращается в истинный ад.

Фактически все ВИЧ-инфицированные находятся в состоянии глубокого стресса с момента известия о заражении. Врачи, нарушая врачебную тайну (часто из лучших побуждений), еще больше усиливают стрессовую ситуацию. Некоторые исследователи сравнивают положение ВИЧ-инфицированного по глубине стресса с пребыванием в концентрационном лагере [7].

Профессор В. В. Покровский, утверждает, что перспективы противодействия эпидемии ВИЧ-инфекции предполагают возникновение *новых этических проблем.* Так, при создании вакцины, предупреждающей заражение ВИЧ, несомненно, встанет вопрос, *кого и когда иммунизировать этим препаратом.*

Отсюда появятся разные рационалистические и этические концепции: «вакцинировать все население нецелесообразно, так как многие не подвергаются никакому риску заражения»; «вакцинировать только гомосексуалистов и наркоманов – это предоставлять им возможность безнаказанно продолжать свою деятельность» и т.п. Фактически ни одну из этических проблем, «поставленных» СПИДом, решить пока не удалось [6].

Ориентиром для врача в его работе с ВИЧ-инфицированным пациентом может служить *заявление ВМА по вопросам, возникающим в связи с ВИЧ-эпидемией* (сентябрь 1992 г.). В нем, в частности, отмечается:

«Число ВИЧ-инфицированных и заболевших СПИДом постоянно растет. Предполагается, что к 2000-му году число ВИЧ-инфицированных во всем мире достигнет 40 миллионов человек.

В связи с этим ВМА вновь выражает озабоченность тем, чтобы национальные медицинские ассоциации играли активную роль в выработке политики и разработке программ, направленных на профилактику, лечение и исследования в этой области...

...Национальные медицинские ассоциации, в сотрудничестве со средствами массовой информации своих стран, должны работать над выработкой скоординированных программ, направленных на информирование общественного мнения по поводу ВИЧ-инфекции, предотвращение ее распространения, лечение и терпимое отношение к ВИЧ-инфицированным.

Национальные медицинские ассоциации должны информировать врачей о лежащей на них ответственности за тщательное информирование своих пациентов о последствиях положительных тестов на ВИЧ-инфекцию.

Врачи должны делать это тактично и деликатно, принимая во внимание психологию своих пациентов...».

### *Литература*

1. Биомедицинская этика / Под ред. В.И. Покровского. – М., 1998.
2. Биоэтика: принципы, правила, проблемы. – М., 1998.
3. Врачебные ассоциации, медицинская этика и общемедицинские проблемы. Сборник официальных документов. – М., 1995.
- 4.. Медицина и права человека. – М., 1992.
5. Молль А. Врачебная этика. Обязанности врача во всех отраслях его деятельности / Пер. с нем. – СПб., 1903. – 414 с.
6. Покровский В.В. Эпидемиология и профилактика ВИЧ-инфекции и СПИД. – М.: Медицина. – 1996.
7. Покровский В.В. СПИД: этические проблемы и права человека/Биомедицинская этика / Под ред. В.И. Покровского. — М, 1998.
8. Пол, секс, человек Пер. с франц. – М., 1993.
9. Проблемы биоэтики. – М., 1993.
10. Ситуянова Я.В. Биоэтика в России: ценности и законы. – М., 1997.
11. Яровинский М.Я. Лекции по курсу «Медицинская этика» (биоэтика): Учебное пособие. – М.: Медицина, 2000. – 256 с.

## ЛЕКЦИЯ 16. МЕДИКО-ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОБЛЕМЫ СМЕРТИ

### 1. Понятие смерти и этика

*«Смерть – это конец жизни»* (Оксфордский академический словарь).

О смерти говорится во всех самых ранних этических системах, ярче всего в античной мифологии, индуизме, зороастризме, буддизме. Смерть рассматривается в них как результат, связанный с моральной оценкой личности умершего, его отношениями с окружающими людьми и «высшими силами» [7].

Первой смертью человека на земле, как повествует Библия, стала гибель сына Адама Авеля, убитого родным братом Каином [1].

Современные представления о смерти эволюционно связаны с религиозно-мифологическими взглядами на смерть, которые включают в себя понятия о душе, загробном мире и многие религиозно-магические обряды (погребальный культ, культ предков и др.). В народных верованиях и обрядах европейских народов имеется достаточно туманный образ смерти, олицетворяемой как старуха или как скелет с косой [7].

В большинстве мифологий бог смерти символизирует все злое, вредное, опасное, безобразное. В греческой мифологии смерть олицетворена в образе Танатоса (Таната), принадлежащего к старшему, доолимпийскому поколению богов.

Танат (смерть) был братом Гипноса (гипнос – сон) и пребывал с ним в царстве мертвых – аиде, вылетая оттуда, чтобы исторгнуть душу у жертвы и напиться ее крови. По имени Таната названа наука о смерти – *танатология*, рассматривающая биологические и медицинские аспекты этого сложнейшего природного явления.

*«Время рождаться и время умирать»* (Книга Экклезиаста или Проповедника, гл. 3, 1-8). Когда наступает время рождаться, человечество установило давно (через 9-10 месяцев после зачатия). Приход смерти почти всегда считался преждевременным, и медицина пыталась противостоять смерти, борясь с болезнями. Однако врачи иногда оказываются и виновниками смерти, когда человеческая жизнь обрывается в результате аборта или плодоразрушающих операций.

Медицинский работник встречает человека у врат жизни и провозжает его в последний путь. Именно он зачастую решает, *кому жить, а кому умирать*. Если врач Древней Индии или Древнего Египта мог сразу и решительно отказаться от неизлечимого, по его мнению, больного, то врач XXI века не может сделать это по моральным, правовым, медицинским соображениям. Обладая новыми воз-

возможностями, он должен вступить в схватку с предвестниками смерти, смертельными муками, с самой смертью и может выйти победителем.

Проблематика смерти является ключевой для медицинской этики. Почти все сложные и противоречивые этические проблемы в медицине прямо и непосредственно связаны с проблемой смерти: и эвтаназия, и аборт, и трансплантация органов. Она составляет стержень всех ее поисков и решений и лежит в основе понимания других этических проблем, прежде всего, понимания человека, значения жизни, критерия живого и неживого.

Явление смерти служит мощнейшим источником человеческой нравственности. Так, важная и ценная религиозная заповедь «Не убий» представляет собой не что иное, как табу смерти, запрет смерти как самого страшного, что может произойти с человеком, самого худшего, что может сделать один человек по отношению к другому. Не случайно, что это и наиболее древняя моральная заповедь. Если бы человечество не выработало ее на достаточно ранних стадиях своего существования, оно просто не выжило бы, не победило бы в борьбе за свое существование как биологического рода.

Из необходимости для человечества и каждого человека в отдельности постоянно вести борьбу за жизнь, против смерти, формируется позитивная, *конструктивная часть нравственности*. Она отличается от *запретительной* своим указанием на то, что можно делать, как надо поступать. Все позитивные нормы (помощь ближнему и любовь к нему, забота о слабых и больных, отказ от эгоизма и себялюбия) родились и развились все из той же необходимости для человечества выработать совместные нормы борьбы со смертью.

## 2. Критерии смерти

Многие тысячелетия при определении смерти медики пользовались традиционными критериями: остановка сердца, прекращение дыхания и остальных функций организма. Неточность этого определения состояла в том, что смерть этих нескольких органов отождествлялась со смертью всего организма.

Эта ошибка стала особенно заметной, когда в последней трети XX века медицинская техника оказалась способной сколь угодно долго поддерживать автономную деятельность почти каждого отдельного органа (в том числе, сердца и легких).

Самый известный случай такого состояния представляет собой Карен Квинлан, которая в возрасте 21 года в 1975 году стала жертвой автомобильной катастрофы, впала в кому и находилась в ней на протяжении десяти лет. После судебного разбирательства, квалифицировавшего ее состояние как необратимое, было принято решение отключить жизнеподдерживающую аппаратуру.

Анализ многочисленных подобных случаев привел к пересмотру вышеприведенного определения: в качестве критерия было решено исходить не из состояния органов дыхания и сердцебиения, а из оценки состояния мозга, как главного органа человеческого организма. Так в начале 80-х годов XX века впервые был предложен новый критерий: *смерть мозга*.

Отличие такого органа, как мозг, в сравнении с органами дыхания и работы сердца состоит в том, что именно он осуществляет интеграцию работы других органов тела, с одной стороны, и отвечает за работу сознания, с другой. Поэтому на него не распространяется та же ошибка, что смерть одного органа отождествляется со смертью всего организма [8].

В начале XXI века смерть мозга как критерий начинает подвергаться критике. Среди возражений указывается на то, что при некоторых отравлениях или глубоком переохлаждении энцефалограмма также фиксирует прекращение работы мозга, которое затем может восстанавливаться.

Поэтому поиски более адекватного критерия смерти должны продолжаться в направлении еще более интегральных и общезначимых критериев. В качестве таких критериев предлагаются и обсуждаются: способность к коммуникации, способность к ответным реакциям, и, наконец, сохранение чувствительности к боли (страданию) или удовольствию.

### 3. Право на смерть

Благодаря новому критерию смерть как медицинский факт рассматривается не как однократное событие, а как *процесс, состоящий из нескольких стадий*: прекращения дыхания и сердцебиения, прекращения деятельности мозга, разрушения клеток организма.

Разделение смерти позволяет в ее понятии различать два значения. Прежде всего, смерть рассматривается как *событие* (death), т.е. как результат процесса прекращения жизни, как итог перехода от бытия к небытию, как факт небытия.

Кроме этого смерть представляется и как процесс, предшествующий наступлению этого события, как промежуточное состояние между жизнью и смертью, как *умирание* (dying) [9].

Уточнение этого понятия было важно, потому что употребление его в разных значениях приводит к путанице и смешению понятий: когда мы говорим о страхе перед смертью, то имеем в виду не само небытие, а именно *страх перед умиранием*, когда еще сохраняется способность испытывать боль и страдание, а иногда и осознавать собственную смерть.

*Медицинская этика сосредоточила свое внимание на процессе умирания.* Дело в том, что современная медицина находится сейчас на таком этапе своего развития, когда она все еще не умеет лечить множество болезней, но располагает средствами длительное время поддерживать состояние хронической болезни. Это приводит к тому, что большинство людей (по подсчетам ВОЗ свыше 70 %) умирают не внезапно, а постепенно.

Страдания, испытываемые в это время не только особенно мучительны, но и кажутся (в связи с ослаблением традиционных верований) большинству людей совсем бессмысленными, а потому и ненужными. Так постепенно складывалась идея нового понимания значения и ценности такого состояния жизни. Раньше жизнь считалась высшей ценностью, приоритетно предпочитаемой смерти. Сейчас ставится вопрос: *«Всякая ли жизнь, в любом ее состоянии, является предпочтительнее смерти?»*.

Если учитывать этический принцип автономии, то в отношении к своей собственной смерти необходимо предоставить самому человеку право решать этот вопрос. Было введено еще одно уточнение в понятие смерти – *право на смерть*, т.е. признание самого человека высшим авторитетом в вопросе о его жизни и смерти.

Этическая идея права на смерть выступает как забота о достоинстве личности, о том, что защита этого достоинства может быть важнее смерти. Смерть рассматривается не как самое страшное, что может случиться с человеком. *Самым страшным является потеря собственного достоинства, утрата человеком самого себя.*

Право на смерть нашло свое официальное оформление в виде особого документа жизненной воли (*завещания*), которое каждый человек еще при жизни в полном сознании и здравом уме может составить (но и может его пересмотреть) относительно добровольного отказа от особых средств пролонгирования его жизни и жизнеподдерживающего лечения в случае необратимого и неизлечимого заболевания. Известно, например, что президент США Билл Клинтон с супругой уже составили такой документ.

#### 4. Самоубийство

В определенном смысле распространение самоубийств, их частота отражают моральное здоровье общества, уровень социальной напряженности. Однако было бы наивно думать, что настанет когда-нибудь «золотой век» и не будет конфликтов, разочарований, трагедий – всего того, что толкает человека к самоубийству. Видимо, придется признать, что самоубийства будут всегда, как всегда будут болезни, старость, страдания и смерть.

Л. Трегубов и Ю. Ватин, изучая *«эстетику самоубийства»*, при-

шли к выводу, что при обдуманном самоубийстве психически здоровый человек обыкновенно выбирает тот способ, который, по его мнению, вернее и быстрее ведет к цели, причиняет меньше страданий и наиболее соответствует его личным взглядам на сословную честь и порядочность [5].

Известно, что химики, фармацевты, фотографы чаще прибегают к быстродействующим ядам, военные пользуются преимущественно огнестрельным оружием, у механиков, кузнецов, цирюльников, сапожников излюбленными орудиями являются привычные им колющие или режущие инструменты, прачки и служанки нередко отравляются пятновыводящей жидкостью.

Лица, страдающие психической болезнью или находящиеся в аффекте или нищете, прибегают к тем средствам, которые у них ближе всего под рукой: выбрасываются с верхних этажей зданий, топятя, вешаются.

Проанализировав всю информацию, касающуюся того, что может влиять на выбор способа самоубийства в эстетическом плане, авторы пришли к следующим предварительным *выводам*:

1) при прочих равных условиях человек стремится выбрать тот способ самоубийства, который наиболее соответствует его понятиям о чести и красоте, приемлемости и допустимости того или иного способа самоубийства в данной социальной среде («если уж нельзя эстетически прожить, то хоть эстетически умереть»).

2) при прочих равных условиях человек стремится выбрать тот способ, который, по его мнению, ведет к наименьшему обезображиванию тела.

3) при прочих равных условиях человек всегда считается с тем, какие эстетические переживания вызовет вид его тела у окружающих.

Эти выводы врачам можно использовать при проведении психотерапевтической работы с пациентами, находящимися в состоянии депрессии. Подтверждением может служить случай из психотерапевтической практики.

*Пример.* Это была молодая девушка, находившаяся в состоянии невротической депрессии, развившейся из-за разрыва с женихом. Отчаявшись, по ее словам, «вернуть любимого» и не видя смысла в дальнейшем существовании, она решила повеситься и даже все для этого приготовила, выбрала место и написала предсмертное письмо. Однако перед этим решила зайти к своей близкой подруге, студентке медицинского института. И там случайно увидела учебник по судебной медицине. Самое сильное впечатление на нее произвело то, что в большинстве случаев при повешении из-за расслабления сфинктеров происходят непроизвольная дефекация и мочеиспускание... Вот этого-то она и не смогла перенести. Не смогла представить себя в таком состоянии. А вернее будет сказать, представила себя очень хорошо, содрогнулась от



омержения и ...осталась жива [5].

При малейшем подозрении на возможность осуществления пациентом любого возраста суицидальной попытки (глубокая депрессия, постоянные навязчивые мысли о своей никчемности, неизлечимости своего заболевания, безысходности семейной ситуации и т.д.) врач должен оказать ему *срочную психотерапевтическую помощь*.

С этической точки зрения недопустима любая форма участия или помощи пациенту со стороны врача. В 1992 году ВМА приняла по этому поводу специальную декларацию «*Заявление о пособничестве врачей при самоубийствах*».

В ней говорится: «...*Случаи самоубийства при пособничестве врача стали в последнее время предметом пристального внимания со стороны общественности. Известны случаи использования приспособлений, сконструированных врачом, который инструктирует пациента о том, как ими воспользоваться в целях самоубийства. Налицо помощь в осуществлении акта самоубийства.*

*Иногда врач дает пациенту лекарство и информирует о дозе, прием которой приведет к летальному исходу. В перечисленных случаях речь идет о серьезно и даже смертельно больных людях, жестоко страдающих от боли, отдающих себе отчет в своих действиях и самостоятельно принявших решение о самоубийстве. Пациенты, намеревающиеся покончить жизнь самоубийством, зачастую находятся в депрессии, которая обычно сопровождается смертельным заболеванием.*

*Подобно эвтаназии, самоубийство при пособничестве врача является неэтичным и подлежит осуждению со стороны медицинской общественности. Врач поступает неэтично, если его действия направлены на помощь пациенту в деле совершения самоубийства.*

*Вместе с тем, право пациента отказаться от медицинской помощи является одним из основных и действия врача, направленные на уважение этого права, даже если они ведут к смерти пациента, вполне этичны» [2].*

#### 4. Проблема эвтаназии

Особым методом искусственного прерывания жизни является *эвтаназия*. По мнению профессора М.Я. Яровинского, это понятие тесно связано с именем Сенеки (ок. 4 г. до н.э. – 65 г. н.э.).

Общезвестны проповеди Сенеки о презрении к смерти. В «Нравственных письмах к Луцилию» он утверждает, что «в смерти нет страдания», «смерть есть явление справедливое», что она «есть избавление от жизненных невзгод». Презируя смерть, он, как и другие философы стоической школы, советовал в иных случаях прибегать к самоубийству.

Несомненно, что, считая смерть благом, Сенека использовал термин «эвтаназия» и прибегнул к эвтаназии, когда своим учеником императором Нероном был приговорен к смерти [по 7].

Общеизвестно, что Сенека вначале пытался окончить жизнь самоубийством, вскрыв себе вены на руках и ногах. Но смерть не наступала. Тогда он попросил своего друга и опытного врача Аннея дать ему яд, которым афиняне отравляли осужденных на смерть, что тот и сделал (Сократ. Платон. Аристотель. Сенека. — М., 1995).

«Эвтаназия (euthanasia; эй — греч., thanatos — смерть) — намеренное ускорение смерти или умерщвление неизлечимого больного, находящегося в терминальном состоянии, с целью прекращения его страданий» («Энциклопедический словарь медицинских терминов», 1984, т. 3, с. 301).

Академик АМН СССР В.А. Неговский определяет эвтаназию, как «право врача на убийство с целью облегчения тяжких страданий», или «убийство по воле безнадежного больного, по согласованию с ним» (1986, с. 30) [по 7].

В многочисленных работах выделяют эвтаназию активную (истинную, позитивную), пассивную (негативную), принудительную, добровольную, недобровольную, ассистированную, переменную антиэвтаназию...

Профессор реаниматолог Р.Н. Лебедева эвтаназию именует *активной*, когда «применяются средства и действия, прямо или косвенно приводящие к смерти больных, находящихся в безнадежном состоянии в связи с хроническими заболеваниями, например, погибающих от злокачественных заболеваний» (1988, с. 281) [по 7].

Профессор терапевт И.А. Шаповал эвтаназию называет «*истинной*», когда «кто-то ускоряет наступление смерти больного по просьбе последнего» (1981, с. 78) [по 7].

Философы А.Я. Иванюшкин и Е.А. Дубова эвтаназию характеризуют «*активной, позитивной*», когда применяются активные действия по ускорению смерти пациента с фатальным прогнозом, например, введение смертельной дозы снотворного (1983) [по 7].

Понятие «*ассистированная эвтаназия*» относят к безнадежным пациентам, «которые могли бы выразить желание добровольно уйти из жизни, но не способны сделать это сами из-за физической немощи или по другим причинам» (Euthanasie // Synapse. — Monreal, 1990. — Vol. 6, N 1. — P. 9).

Английский профессор медицинской этики R. Vatch считает, что с некоторого времени *пассивную* эвтаназию практически перестали считать эвтаназией, и более правильным будет выражение «отказ от действия» [по 7].

Г.И. Царегородцев, Е.В. Кармазина (1984) и А.Н. Лебедева (1988) пишут, что существует еще одна классификация типов эвтаназии, в

основе которой лежит наличие (или отсутствие) согласия со стороны пациента на проведение эвтаназии – принудительная и добровольная эвтаназия.

Под *принудительной* эвтаназией подразумевают решение прекратить жизнь больного, помимо его согласия. Обычно эта мера предлагается по отношению к новорожденным с тяжелой патологией и больным с безнадежно поврежденным мозгом [по 7].

*Добровольную* эвтаназию (т.е. осуществляемую по просьбе больного) английский «Словарь медицинской этики» квалифицирует как помощь при самоубийстве или убийство по просьбе. В качестве основной проблемы, связанной с идеей добровольной эвтаназии, большинство авторов допускают самоубийство.

Профессор теологии В.Е. Мей (W.E. May) с соавторами выделяет эвтаназию *добровольную* (пациент дает информированное согласие на умерщвление), *недобровольную* (умерщвление пациента, не способного к даче информированного согласия) и *принудительную* (умерщвление лица, сохраняющего компетентность и не давшего информированное согласие). С их точки зрения, добровольная эвтаназия тождественна суициду и может быть приравнена к активной эвтаназии (1993).

В последние годы проблемами эвтаназии углубленно занимаются медики и философы, психологи и юристы, теологи и политики, этики, биоэтики и др.

Становится все более очевидным, что в сферу эвтаназии вовлекаются проблемы медико-биологические, этические, идеологические, религиозные, социальные, философские, психологические и др.

Сторонники активной эвтаназии говорят о ней как о праве гражданина «на достойную смерть». Среди них — всемирно известный онколог Леон Шварценберг. Он заявил, что врачи, которые допускают страдания больных, являются палачами.

По мнению Криса Барнарда, сделавшего первую пересадку сердца человеку, обреченные на смерть больные имеют право на облегчение мучительного процесса умирания [по 7].

«Доктор Смерть» — так назвала американская общественность практикующего патолога Джэка Кеворкяна. Начиная с 1990 года он помог осуществить свое намерение примерно 130 безнадежным больным, страдавшим от ужасных хронических болей и принявшим сознательное решение добровольно уйти из жизни.

За свою долгую врачебную практику, глядя на страдания неизлечимых больных, Д. Кеворкян пришел к твердому убеждению, что человек имеет право сам распорядиться своей жизнью. Если он решил умереть, чтобы больше не мучиться, то задачей врача-гуманиста является помочь ему это сделать «грамотно» и безболезненно. Для обозначения самоубийства больного с помощью квалифицированного спе-

циалиста Д. Кеворкян ввел новый термин – «*patolysis*».

Юристы в качестве предостережения стали указывать обществу на то, что такая практика даст возможность алчным и безжалостным родственникам отправить на тот свет «дорогого и близкого» человека, чтобы поскорее завладеть его состоянием.

Церковь также выступила против этой практики, мотивируя тем, что Бог дал каждому бесценный дар жизни и Бог должен его забрать в свой час.

Врачи заявляли, что подобная практика вряд ли совмещается с врачебной этикой, если даже не вспоминать о «клятве Гиппократата», согласно которой медики торжественно обещают бороться до последнего за жизнь каждого пациента.

В марте 1999 года, только на пятый раз, суд штата Мичиган за 131 акт активной эвтаназии осудил Д. Кеворкяна на семь лет тюрьмы.

В связи с эвтаназией ВМА в 1987 году приняла специальную декларацию по данному вопросу. Текст ее гласит:

*«Эвтаназия, как акт преднамеренного лишения жизни пациента, даже по просьбе самого пациента или на основании обращения с подобной просьбой его близких, не этична. Это не исключает необходимости уважительного отношения врача к желанию больного не препятствовать течению естественного процесса умирания в терминальной фазе заболевания».* [2].

В 1990 году Верховный суд США принял решение, вскоре признанное в большинстве штатов, которое подтверждает право каждого гражданина на смерть.

Несколько стран (Голландия, Бельгия) уже приняли законы, разрешающие активную эвтаназию при определенных условиях.

Сейчас литовская общественность обсуждает возможность принятия закона об эвтаназии.

В соответствии со статьей 25 раздела 3 «Кодекса врачебной этики», принятого на первом съезде врачей Республики Беларусь в 1998 году, *«Врач обязан облегчать страдания умирающего человека всеми доступными и законными способами. Эвтаназия, как акт преднамеренного лишения жизни пациента по его просьбе или по просьбе его близких, недопустима».*

Против активной эвтаназии выступил академик РАМН Ю.М. Лопухин (Вестник РАМН. – 1996. – № 12. – С. 64-65). Он считает, что право на смерть не может быть отдано на решение самого человека или его окружающих, ибо сколько времени и как жить человеку определено свыше.

В этой церковной позиции, догматичной по сути, скрывается глубокая биологическая целесообразность, покоящаяся на историческом (филогенетическом) опыте человечества. Она основана на признании несовершенства медицины – прошлой и настоящей, широко-

известных случаях чудесных исцелений и т.п.

При неизлечимой болезни и безнадежном состоянии пациента первейший долг врача облегчить страдания, утешить больного, подвести его к последней черте спокойно и достойно. При этом следует иметь в виду *три важных обстоятельства*:

1) огромные успехи фармакологии (да и хирургии) в борьбе с болью – главной причиной мук тяжелобольного,

2) постоянный, по мере прогресса медицины, переход многих болезней из разряда неизлечимых в излечимые или в болезни с длительной ремиссией (например, лейкозы, рак кожи, простаты и др.);

3) быстро меняющееся эмоциональное состояние множества больных от отчаянья с желанием покончить счеты с жизнью – до бурного восторга от любого проблеска надежды.

Сам пациент и только он имеет право решать жить ему или умереть. Врач (или консилиум) лишь констатирует, что болезнь неизлечима, и страдания больного мучительны.

Вряд ли разумно, как считает Ю.М. Лопухин, легализовать «легкий путь» облегчения страданий тяжелобольного – его убийство – даже безболезненными средствами. Лучше пусть врач до конца борется с болезнями всеми способами, облегчает страдания пациента, ищет новые средства и пути лечения заболеваний – тогда прогресс медицины будет продолжен [по 7].

## 5. Уход за умирающим

Доктор Руди Бени, врач общей практики с 26-летним стажем, считает, что лечащий врач является частью системы, в которой живет пациент. Нельзя лечить больного в одиночку, всегда необходимо привлекать к этому всех окружающих его людей.

Чем прочнее установились эти связи, чем лучше может врач понять (благодаря терпеливому выслушиванию и сочувствию) стремления, чем точнее знает он социальные обстоятельства, тем лучше будет представлять действительное положение вещей. Важными являются также беседы с пациентом наедине. С родственниками он проводит только стандартные беседы вне дома, без больного [6].

Р. Бени, как и многие другие его коллеги, высказывает мнение о том, что наступление смерти может быть умышленно отодвинуто, если умирающий, например, очень ожидает иногородних родственников с прощальным визитом или если еще не закончено дело жизни.

Исследования калифорнийских ученых установили эту связь даже статистически: речь шла о смертности среди китайских женщин во время празднования дня урожая — традиционного семейного праздника.

В то время как вариабельность смертности в среднем составляет

только 2 %, в китайской популяции перед праздником она снижалась на 35,1 %, а после праздника возрастала в среднем на 34,6 %.

По его мнению, важны и гуманные задачи: необходимо принципиальное взаимопонимание всех участников, чтобы эта трагическая ситуация была приемлемой для всех. Здесь решающее значение имеют общительность и сочувствие врача.

Р. Бени пишет: *«Возникает вопрос, должен ли уход за умирающим быть по форме принципиально другим, нежели общепринятое обслуживание домашним врачом его пациентов. Мой ответ – нет. Любой пациент ожидает, во-первых, медицинской компетентности, а во-вторых, нашего человеческого отношения к нему.*

*Смерть должна быть для нас прекрасным и освобождающим событием после преодоления последнего этапа прежних страхов и бед. Пациенты, перенесшие клиническую смерть, свидетельствуют, что эти последние переживания настолько прекрасны, что многие люди воспринимают дальнейшую жизнь как тяжелый груз и неделями ощущают в себе томительное стремление к смерти.*

*От врачебной профессии требуется профессиональная и человеческая компетентность: медицинские знания и практические навыки, такие, как трезвая оценка ситуации (медицинской, санитарной и социальной), логическое мышление в отношении применения диагностических средств с учетом уменьшения симптоматики в терминальных состояниях, владение методами медикаментозной терапии болевого синдрома (эффективная доза, отсутствие страха перед зависимостью).*

*С другой стороны, пациенты, которые признали неизбежность своей смерти, требуют гораздо меньше медикаментов. Следовательно, необходимо нечто большее, чем просто фармакологическая компетентность.*

*И, наконец, нужна воля, чтобы решиться ничего больше не делать и вместе с тем до последней минуты оставаться рядом со смертельно больным пациентом и его родственниками (или хотя бы всегда быть готовым явиться по первому зову)» [6].*

До недавнего времени одним из самых спорных этических вопросов был такой: *говорить ли умирающему пациенту правду о его состоянии.*

Дискуссии о том, хотят ли пациенты знать правду о своем заболевании, поутихли в США после того, как в отчете Президентской комиссии по изучению этических проблем в медицине, биомедицинских и поведенческих исследованиях (1983) было показано, что 94 % опрошенных граждан *«хотели знать все о своем состоянии»* (т.е. диагноз и прогноз заболевания), а 96 % – *знать правду при выявлении у них рака.*

На вопрос о том, *«хотели бы Вы в случае обнаружения у Вас ра-*

ка, приводящего обычно спустя год (или менее того) к смертельному исходу, получить от своего врача реалистический прогноз заболевания, 85 % опрошенных сказали, что они хотели бы знать правду [4].

## 7. Хосписы

В 1879 году ирландские сестры-благотворительницы открыли в Дублине приют девы Марии и в 1905 году приют св. Христофора в Лондоне, куда принимали больных с хроническими болезнями. Основное внимание в своей деятельности они уделяли помощи умирающим, поэтому само название *хоспис* (приют) стали отождествлять с больницей такого рода [по 7].

Современные приюты представляют собой больницу с квалифицированным персоналом, цель которой – облегчить жизнь больным с хроническими и смертельными болезнями, а иногда и престарелым.

Для персонала такой больницы в центре внимания всегда находится больной и его семья, члены которой по мере возможности привлекаются к уходу за больным и находят сочувствие и поддержку в своем горе у работников больницы.

Лечение в хосписах основано на методах, описанных в классической работе «Уход за престарелыми, умирающими и забота об усопших», опубликованной в 1935 году домашним врачом А. Уорсестером для студентов Гарвардской медицинской школы.

Персонал хосписов помогает неизлечимым больным дожить до конца их жизни, максимально сохраняя физические силы, психические и эмоциональные способности и социальные взаимоотношения.

За последние десятилетия в большинстве цивилизованных стран мира создана широкая сеть хосписов.

Первый хоспис в России был создан в 1990 году в Лахтинском районе Ленинграда. В Москве функционирует только один хоспис на 25 коек, несмотря на то, что в столице ежегодно умирает от рака около 20 тысяч человек.

В Республике Беларусь в 1994 году по инициативе Республиканского Детского Онко-Гематологического Центра с целью оказания комплексной помощи безнадежно больным детям была создана общественная благотворительная организация «Белорусский детский хоспис». В настоящее время в Витебске открылся второй в Республике Беларусь детский хоспис.

Со смертью медицинские работники встречаются не только в хосписах. В связи с этим ВМА приняла в ноябре 1983 года специальную «Венецианскую Декларацию о терминальных состояниях», текст которой гласит.

1. В процессе лечения врач обязан, если это возможно, облегчить страдания пациента, руководствуясь его интересами.



2. Исключения из приведенного выше принципа (п. 1) не допускаются даже в случае неизлечимых заболеваний и уродств.

3. Исключениями из приведенного выше принципа (п. 1), не считаются следующие случаи:

3.1. Врач не продлевает мучения умирающего, прекращая по его просьбе, а если больной без сознания – по просьбе его родственников, лечение, способное лишь отсрочить наступление неизбежного конца. Отказ от лечения не освобождает врача от обязанности помочь умирающему, назначив лекарства, облегчающие страдания.

3.2. Врач должен воздерживаться от применения нестандартных способов терапии, которые, по его мнению, не окажут реальной пользы больному.

3.3. Врач может искусственно поддерживать жизненные функции умершего с целью сохранения его органов для трансплантации, при условии, что законы страны не запрещают этого, есть согласие, данное до наступления терминального состояния самим больным, либо после констатации факта смерти его законным представителем и смерть констатирована врачом, прямо не связанным ни с лечением умершего, ни с лечением потенциального реципиента. Врачи, оказывающие помощь умирающему, не должны зависеть ни от потенциального, реципиента, ни от лечащих его врачей [2].

## 8. Отношение к труп

Важным аспектом медико-этические проблемы умирания и смерти является отношение к трупу.

Еще в 1903 году А. Молль отмечал, что «...добросовестный медик при своих исследованиях на трупе никогда не должен забывать, что труп этот когда-то был телом живого человека, что у него были ощущения, как у самого исследователя, его жены и детей.

Только тогда, когда врач будет смотреть на вскрытие, как на средство служить науке и человечеству, а не будет делать из самого вскрытия цель, не будет искать удовлетворения своему тщеславию через подтверждение диагноза, только тогда с этической точки зрения может быть дано право на вскрытие».

Он считает, что вскрытие для научных целей недопустимо, прежде всего, тогда, когда покойный при жизни просил, чтобы его не вскрывали.

Поскольку мы признаем за человеком право выражать свою последнюю волю, например, относительно распределения своего состояния, то мы не можем лишать его права распоряжаться и своим трупом. Недопустимо вскрытие, по мнению А. Молля, когда родственники не согласны на это.

А. Молль подчеркивает, что эти этические правила одинаково касаются как умерших в больницах, так и всяких других; как почтенных граждан, так и умерших в тюрьме или даже погибших от руки палача.

*«При самом вскрытии в секционном зале должно царить уважение к трупу. Как в обыкновенной жизни чтится величие смерти, так и университетские учителя, ученые-исследователи и ассистенты обязаны никогда не терять уважения к смерти. Никакие шутки у секционного стола не должны быть терпимы.*

*Уважение, которого требует к себе труп, обязывает и к тому, чтобы части, принадлежащие одному трупу, не клались в другой, что легко может произойти, если нет порядка в этом отношении. Нужно следить также и за тем, чтобы не было недозволенной торговли отдельными частями трупов» [3].*

Несмотря на то, что эти наставления давались 100 лет назад, они нисколько не устарели и должны неуклонно соблюдаться.

*«Memento mori – помни о смерти»* – гласит латинская поговорка. Однако медицинские работники должны помнить и о жизни: *«Vivero memento»* [7].

### *Литература*

1. Библия. Книги Священного Писания, Ветхого и Нового Завета канонические. – М., 1991. – Т. 1-2.
2. Врачебные ассоциации, медицинская этика и общемедицинские проблемы: Сборник официальных документов / Под ред. В.Н.Уранова. – М., 1995.
3. Молль А. Врачебная этика. Обязанности врача во всех отраслях его деятельности / Пер. с нем. – СПб., 1903. – 414 с.
4. Проблемы биоэтики. – М., 1993.
5. Трегубов Л., Вагин Ю. Эстетика самоубийства. – Пермь, 1993.
6. Общепрактическая и семейная медицина / Под ред. М. Кохена. Перевод с нем. – Минск, 1997.
7. Яровинский М.Я. Лекции по курсу «Медицинская этика» (биоэтика): Учебное пособие. – М.: Медицина, 2000. – 256 с.
8. Searle I. The Rediscovery of the Mind. – Cambridge, Mass.: MIT Press, 1992.
9. Kubler-Ross E. On Death and Dyind. – N. Y., 1969.

**ЛЕКЦИЯ 17.**  
**ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЭКСПЕРИМЕНТОВ**  
**И КЛИНИЧЕСКИХ ИСПЫТАНИЙ В МЕДИЦИНЕ**

**1. Эксперимент**

**1.1. Понятие эксперимента в медицине**

Эксперимент (от лат. *experimentum* — проба, опыт) — это планомерно проведенное наблюдение, планомерная изоляция, комбинация и варьирование условий с целью изучения зависящих от них явлений [11].

В эксперименте человек создает возможность наблюдений, на основе которых складывается его знание о закономерностях в наблюдаемом явлении.

Появление эксперимента в медицине обычно связывают с именем великого древнеримского врача Галена (131-201 гг. н.э.). Он занимался не только лечебной деятельностью, но и проводил много исследований, и тем самым значительно расширил и углубил познания в области анатомии и физиологии.

Историческое значение Галена заключается в том, что он первым ввел эксперимент в физиологию. Это был острый эксперимент на живых животных. Главным объектом изучения в таких экспериментах Галену служили свиньи. В этих экспериментах он положил начало изучению физиологии различных систем организма, в первую очередь движения, сокращения мышц, дыхания и нервной системы. Его эксперименты сопровождались демонстрациями [8].

Теоретиком эксперимента в медицине по праву можно считать великого французского физиолога XVIII века Клода Бернара. Он *заложил основы и сформулировал задачи экспериментальной медицины*.

К. Бернар установил отношение эксперимента к эмпирии, исходя из того положения, что медицина сначала являлась наблюдательной наукой. Он утверждал, что научная, или экспериментальная, медицина не исключает ни эмпиризма, ни знакомства со средствами, которые практическая медицина черпала в нем в течение столетий.

*Наблюдательная медицина*, по его мнению, в основном выжидательная. Экспериментальная же медицина, наоборот, будет активной и решит проблему действенного влияния на больного. В состав ее входят экспериментальная физиология, экспериментальная патология и экспериментальная терапия.

К. Бернар *настаивал на возможности применения эксперимента в медицине* как биологической науке. Он активно полемизировал с теми учеными, которые утверждали, что жизнь никогда не подчинится экспериментальному детерминизму. Защищая эксперимент, К. Бернар отводил возражения многих ученых, считавших, что данные, полу-

ченные в опытах на животных, не могут быть перенесены на человека, так как болезни связаны с диатезами и конституциональными особенностями, у больного могут быть идиосинкразии, которые невозможно получить экспериментированием.

Основываясь на результатах своих многочисленных опытов, К. Бернар утверждал, что как жизненные элементы одинаковы у всех живых существ, так и их свойства подчиняются одинаковым законам. Вивисекционный метод К. Бернара открыл путь к изучению нормальных функций организма и определению причин их нарушений.

На протяжении всей своей творческой жизни К. Бернар заявлял, что патология больного и физиология здорового есть две стороны физиологии человека. Он утверждал, что клиника обязательно должна быть основой медицинской науки. Больной является объектом изучения для врача, и именно клиника знакомит с ним. Физиология же потом лишь объясняет то, что наблюдается в клинике.

К. Бернар считал, что лаборатория нужна врачам так же, как химикам или физикам.

*«Медицина есть наука экспериментальная, – говорил К. Бернар, – и врач должен по выходе из больницы спуститься в свою лабораторию и постараться выяснить при помощи экспериментирования встретившиеся ему вопросы патологии...»*

*Настоящая медицинская проблема – в больном и в болезни; это первое, что надлежит знать. Следовательно, клиническое наблюдение предшествует и подчиняет себе экспериментальные исследования».*

Врач должен стремиться к воспроизведению болезненных состояний в опыте. Именно в этом смысле К. Бернар говорил, что *«врач-экспериментатор – есть врач будущего»* [7].

### **1.2. Эксперименты врачей на людях**

Долгое время в Советском Союзе осуществлялся жесточайший *«социальный эксперимент»*. Жертвами его стали миллионы людей.

В сборнике научных трудов Института Человека РАН «Биоэтика – принципы, правила, проблемы» опубликована статья В.Я. Бирштейна *«Эксперименты на людях – не только в нацистской Германии»* [2]. В ней автор сообщает о том, что еще в 1926 году по указанию наркома безопасности В.Р. Межинского была создана специальная лаборатория по использованию ядов и наркотиков.

В составе НКВД-МГБ с конца 30-х до начала 50-х годов существовала лаборатория смерти *«Камера»*, в которой разрабатывали яды, убивавшие жертвы без идентифицируемых следов, а также наркотики, которые могли бы стимулировать *«откровенность»* допрашиваемых жертв. Все эти вещества испытывали на людях (заключен-

ных, приговоренных к смертной казни). Руководил экспериментами и проводил их «доктор» и биохимик Г.М. Майрановский.

В конце 40-х годов он также выступал в роли палача, вводя смертельные дозы ядов жертвам (реальным или воображаемым политическим противникам советской власти). «Доктор» участливо расспрашивал «пациента» о самочувствии, давал советы и тут же предлагал «лекарство». По свидетельствам очевидцев, «Майрановский приводил в лабораторию дряхлых и цветущих по состоянию здоровья людей, полных и худых. Одни умирали через три-четыре дня, другие мучились с неделю».

Основная цель лаборатории состояла в поиске ядов, которые нельзя было бы идентифицировать на вскрытии. Сначала Майрановский испробовал безвкусные производные иприта. Возможно, он начал экспериментировать с этими веществами даже раньше, чем его коллеги в нацистской Германии, где впервые эксперименты с ипритом были произведены на заключенных Заксенхаузена в 1939 году.

Больше одного года ушло у Майрановского на «работу» с рицином – растительным белком, содержащимся в семенах клещевины. Поскольку были использованы разные дозы рицина, остается только гадать, сколько жертв погибло при проведении этих экспериментов. Действие каждого из других ядов – дигитоксина, таллия, колхицина – испытывали на 10 «подопытных». За мучениями жертв, не умерших сразу, экспериментаторы наблюдали в течение 10–14 дней, после чего «подопытных» убивали.

В 1942 году Майрановский обнаружил, что под влиянием определенных доз рицина «подопытный» начинает исключительно откровенно говорить. Он получил одобрение руководства НКВД-НКГБ работать над новой темой – «проблемой откровенности» на допросах... Все эти откровенно садистские эксперименты в нашей стране проводились с ведома властей и при их финансовой поддержке.

В статье «Горький юбилей», помещенной в сборнике «Биоэтика – принципы, правила, проблемы», Б.Г. Юдин описывает события 50-летней давности: суд над врачами-убийцами в Нюрнберге [11]. Обвинителей и судей, участвовавших в процессе, повергла в шок та планомерная и хладнокровная жестокость, с которой врачи-ученые проводили медицинские эксперименты на людях.

В концлагере Дахау на заключенных (евреях, поляках и русских) проводили эксперименты, состоявшие в имитации недостатка кислорода в атмосферных условиях, характерных для высоты 12 километров. Обычно через 30 минут испытуемый умирал, при этом в протоколе эксперимента тщательно фиксировали последовательные стадии его страданий (например, «спазматические конвульсии», «агоническое конвульсивное дыхание», «стоны», «пронзительные крики», «конвульсии рук и ног», «grimасы, кусание собственного языка», «не-

способность реагировать на речь») и регистрировали результаты электрокардиографии...

Для изучения воздействия переохлаждения испытуемых в голом виде держали на морозе до 29° С в течение 9-14 часов, либо на несколько часов помещали в ледяную воду...

Узников концентрационных лагерей заражали инфекционными и паразитарными заболеваниями. В Заксенхаузене, Натцвейлере и других лагерях проводили эксперименты с горчичным газом. Одним испытуемым преднамеренно наносили ранения, а затем раны инфицировали горчичным газом, других заставляли вдыхать этот газ или принимать внутрь в сжиженном виде...

В ходе экспериментов, проводившихся в основном на женщинах в лагере Равенсбрюк, изучали течение раневых инфекций, а также возможности регенерации костей, мышц и нервов и трансплантации костей. Так, на ногах испытуемых делали надрезы, а затем в раны вводили бактериальные культуры, кусочки древесной стружки или осколки стекла. Лишь спустя несколько дней начинали проводить лечение ран, проверяя те или иные способы. В иных случаях раны заражали возбудителями гангрены, после чего одних испытуемых начинали лечить, а других – из контрольных групп – оставляли без лечения...

В других экспериментах на узниках концлагерей разрабатывали методы дешевой, «нечувствительной» и быстрой стерилизации людей. Проводили заготовку человеческих черепов для антропологической коллекции в университете Страсбурга: «исследователи» отобрали 1200 евреев, после фотографирования и антропологических измерений они были умерщвлены, а трупы переправлены в Страсбург.

Этот перечень преступлений врачей-убийц зачитывали несколько дней. Согласно приговору Трибунала, 15 из 23 подсудимых были признаны виновными; 7 приговорили к смертной казни через повешение, 5 – к пожизненному заключению (впрочем, спустя 10, 15 и 20 лет они были освобождены). Сообщалось, что личный врач Гитлера и глава Комиссариата здравоохранения Брандт, стремясь избежать виселицы, предложил свое тело для проведения таких, же экспериментов, которые ставил он сам. В этом ему было отказано

### *1.3. Эксперименты врачей на себе*

К сожалению, о врачах-убийцах написано значительно больше, чем о врачах-гуманистах, которые не щадили своей жизни и здоровья ради прогресса медицинской науки.

Австрийский историк медицины Гуго Глязер написал замечательную книгу *«Драматическая медицина. Опыты врачей на себе»*, в которой описаны многочисленные эксперименты, проведенные на себе врачами различных специальностей [6].

По мнению Глязера, первый опыт на себе, имевший целью определить заразность чумы, был поставлен в 1798 году в Александрии: доктор Уайт намеренно привил себе чуму в госпитале в Эль-Хаммеди. Среди пациентов Уайта была болевшая бубонной чумой женщина. Он извлек гной из ее железы, и втер себе в левое бедро. На следующий день он повторил опыт: сделав небольшой надрез на правом предплечье, он внес рану небольшое количество гноя. Этот эксперимент имел ужасные последствия: через некоторое время Уайт заболел чумой и умер.

Г. Глязер пишет, что еще до того, как ученые приступили к изучению инфекционных заболеваний с использованием точных научных методов, в 70-х годах XIX столетия в Одессе русский врач И. Мочутковский провел эксперимент на себе по заражению *сыпным тифом*. Пять раз он вводил себе кровь больного, и все время безрезультатно. Однако ученый не отказывался от своего предположения и продолжал опыты. На шестой раз опыт удался. В течение нескольких недель И. Мочутковский находился на грани жизни и смерти, затем признаки болезни начали ослабевать, и, наконец, он выздоровел.

Не забыл Г. Глязер и о вкладе в изучение сыпного тифа, который был внесен Г. Минхом и И. Мечниковым, проводившими на себе опасные опыты. Проблемой *возвратного тифа* занималась одна из первых русских женщин ученых-медиков Н.И. Бешева-Струнина, поставившая с этой целью много опытов на себе. Она намеренно подверглась укусам тифозных вшей (в общей сложности она получила гигантское число укусов – 60 тысяч и трижды болела возвратным тифом). О размахе изысканий Н.И. Бешевой-Струниной свидетельствует тот факт, что она провела 8797 наблюдений и исследовала около 62 тысяч тифозных вшей.

*Проказа* (лепра) в течение тысячелетий вызывала страх не только у обывателей, но и у врачей. Вполне понятно стремление врачей попытаться выяснить сущность этого страшного заболевания. Первым нужно назвать норвежского врача Даниэля Корнелиуса Даниэльссена – главного врача учреждения, организованного для прокаженных. Там в течение 15 лет (с 1844 по 1858 год) он провел на себе большое количество опытов, чтобы убедиться, действительно ли проказа настолько заразна, как предполагали, и следует ли сторониться прокаженных, как это делали на протяжении столетий.

Ряд опытов на себе провел венский детский врач Клеменс Пирке, имеющий огромные заслуги перед наукой. Он предложил *туберкулиновую пробу*, с помощью которой можно установить, болен ребенок туберкулезом или нет. К. Пирке принадлежат и другие работы по серологии. Изучая сущность сывороточной болезни, он счел нужным произвести опыты на себе. Эти исследования привели К. Пирке к установлению понятия «аллергия».



Настоящим рекордсменом по числу проведенных на себе опытов необходимо назвать чешского физиолога Яна Эвангелиста Пуркине, родившегося в 1787 году и до начала своей врачебной деятельности принадлежавшего к духовному сословию. Благодаря проведенным им опытам, были установлены свойства камфоры, эметина, наперстянки. Он изучал на себе также симптомы замерзания и голодания.

Безусловно, героическим являлся опыт, проведенный в 1928 году немецким врачом Вернером Форсманом. Он впервые ввел себе через вену тонкую трубку, *катетер*, по направлению к сердцу, достиг правого предсердия, а затем и правого желудочка, чтобы извлечь из них кровь или провести иные исследования в этих камерах сердца. Невозможно было предвидеть, как закончится подобный эксперимент. Несмотря на протесты коллег, Форсман настоял на своем. Спустя почти 30 лет он был удостоен Нобелевской премии.

Ученик И.П. Павлова академик Л. Орбели, в 1933-1938 гг. изучал *воздействие разреженного воздуха на человека*. Из пневматической камеры выкачали воздух. Оставшееся в ней количество воздуха примерно соответствовало его плотности на высоте 12 километров.

Л. Орбели, который сидел в камере, вскоре начал задыхаться, его губы посинели, и он потерял сознание. Тотчас же ему начали делать искусственное дыхание, однако прошло 4 часа, прежде чем он пришел в себя. Эти опыты способствовали развитию космической медицины.

#### *1.4. Этика медицинских экспериментов*

Одним из первых поднял вопрос об этических границах сугубо научных медицинских исследований на человеке К. Бернар. В 1869 году в своих знаменитых «Лекциях по экспериментальной патологии» он писал: *«В наше время этика справедливо осудила бы самым решительным образом всякий опыт на человеке, который мог бы повредить пациенту или не имел бы целью явной и непосредственной пользы. Так как мы не должны оперировать на человеке, приходится экспериментировать на животных»*.

*Мы не можем экспериментировать на больных, которые веряют себя нам, потому что мы рисковали бы их убить вместо того, чтобы их вылечить... Наука прежде всего должна уважать человеческую жизнь»* [7].

По мнению профессора М.Я. Яровинского, уже к концу XIX века стало ясно, что в условиях все расширяющейся научно-исследовательской деятельности в медицине взгляды К. Бернара, считающего возможным эксперимент только на животном, оказались утопическими. В своем стремлении к скорейшему познанию истины любой ценой, в неумной жажде славы врачи в научных поисках стали проявлять отнюдь не гуманистические качества [12].

В своей книге «Врачебная этика. Обязанности врача во всех проявлениях его деятельности» известный немецкий терапевт А. Молль по этому поводу отмечает: «При всяких исследованиях, будут ли они служить практическим целям или нет, мы всегда должны обращать внимание, этичны ли они, не идут ли они в разрез с высшими обязанностями...

В последнее время... обращено всеобщее внимание на врачебные опыты, которые совершаются над людьми, особенно в больницах. Я лично с постоянно возрастающим удивлением стал при этом замечать, что отдельные медики, одержимые какой-то манией исследования, действительно переходят границы права и нравственности в крайне опасной степени. Для них свобода исследования идет так далеко, что уничтожает мысли о всем другом. Граница между животным и человеком стерта для них...

Врач имеет право производить терапевтические или профилактические опыты с новым средством или новым методом. Однако врач должен иметь основание думать, что его новое средство может представлять больше шансов на успех, чем все известные уже средства; далее, надо при этом иметь в виду степень опасности...

Пусть не говорят, что в настоящее время больницы представляют из себя скорее научные институты. Научное исследование может иметь место постольку, поскольку ему не приносится в жертву кардинальная цель больницы, лечение больных. Только полным извращением понятий объясняются те случаи, когда врачи считают себя в праве жертвовать здоровьем больных в интересах науки.

В печатных статьях часто сообщается, что пациент дал свое согласие на тот или другой опыт... Я сомневаюсь, чтобы это согласие было всегда добровольным. Нужно знать, с каким почтением пациенты относятся к больничным врачам, а особенно к главному врачу клиники, тогда легко себе представить, что иногда они дают свое согласие просто из боязни, что иначе к ним будут относиться недружелюбно и лечить их будут хуже, хотя бы эта боязнь и была неосновательна...» [9].

После победы в Великой Отечественной войне вслед за судом над главными фашистскими преступниками в Нюрнберге состоялся суд над врачами-убийцами. Нюрнбергский трибунал не ограничился наказанием преступников.

В приговор был включен раздел, названный «Допустимые медицинские эксперименты». Впоследствии он получил известность как «Нюрнбергский кодекс» и приобрел самостоятельное значение, став первым в истории международным документом, регламентирующим проведение медицинских экспериментов на человеке.

Этот документ включает десять принципов, из которых очень важным является первый: «Абсолютно необходимым условием явля-

*ется добровольное согласие испытуемого*». Это означает, что лицо, вовлекаемое в эксперимент, должно иметь обусловленную законом способность давать согласие. Ситуация, в которой оно находится, должна позволять ему реализовать свободный выбор без влияния каких-либо элементов насилия, обмана, мошенничества, хитрости или других скрытых форм давления или принуждения. Лицо должно обладать знаниями и пониманием, достаточными для того, чтобы понять детали процедуры эксперимента и принять обдуманное решение.

В «Нюрнбергском кодексе» выдвинута *идея примата блага и интересов отдельного человека над интересами как науки, так и общества*. Эта идея достаточно четко была изложена еще в начале века в книге доктора А. Молля «Врачебная этика».

В последующие годы было принято немало других документов, более детально и строго регламентирующих практику биомедицинских экспериментов (в частности, сейчас в юридических и этических установлениях принято говорить не о добровольном, а об *информированном согласии*, что является более жесткой нормой), но «Нюрнбергский кодекс» и по сей день сохраняет функцию основополагающей модели [11].

Это подтверждается сравнением «Нюрнбергского кодекса» и «Хельсинской декларации», которую Всемирная медицинская ассамблея приняла в Хельсинки в июне 1964 года.

В данной Декларации содержатся рекомендации для врачей, участвующих в медико-биологических исследованиях на людях. Хельсинкская декларация была дополнена на Всемирных медицинских ассамблеях в 1975, 1983 и 1989 гг.

Согласно Декларации, «...целями медико-биологического исследования (МБИ) на людях должны быть совершенствование диагностических, лечебных или профилактических мероприятий и углубление знаний об этиологии и патогенезе заболеваний...

*Современная медицина не исключает риска диагностических, лечебных и профилактических процедур, особенно в ходе МБИ. Прогресс медицины неосуществим без МБИ, которые, по крайней мере, частично включают и эксперименты на человеке...*

*Необходимо различать медицинские исследования, преследующие диагностические и лечебные цели в интересах пациента и МБИ, преследующие, главным образом, чисто научные цели и не имеющие прямого диагностического или лечебного значения для испытуемого...*

Следует проявить особую осторожность при проведении исследований, способных нанести вред окружающей среде; необходимо также проявлять заботу о подопытных животных...

*...«Рекомендации» не являются истиной в последней инстанции и в будущем могут быть пересмотрены. Они не освобождают врача от уголовной, гражданской и этической ответственности, следу-*

*щей по законодательству и культурным традициям его страны...»* [4].

В 1996 году Советом Европы была принята *«Конвенция о правах человека в биомедицине»*. В этой Конвенции определены этические-правовые нормы, которые необходимо соблюдать при всяком медицинском вмешательстве. Специальный раздел ее посвящен нормам проведения исследований на человеке.

Принципиальным является положение Конвенции, согласно которому любое исследование на человеке может быть проведено только при условии, что его проект *«был утвержден созданным на междисциплинарной основе компетентным органом, осуществляющим независимую экспертизу научной обоснованности, а также оценку его приемлемости с этической точки зрения»*.

Таким органом являются *этические комитеты*. Различают этические комитеты, осуществляющие контроль над проведением собственно научных исследований, и комитеты, работающие при больницах и клиниках, – так называемые *больничные комитеты* (hospital ethics committees), деятельность которых имеет исключительно рекомендательный характер.

В 70-х годах, когда появилась возможность проводить успешные операции *по пересадке почек*, медики одной из американских клиник отказались брать только на себя ответственность за выбор тех пациентов, которым эту операцию нужно было сделать в первую очередь, и выступили с инициативой привлечения к решению проблемы представителей общественности. Именно тогда впервые появились и заработали *больничные этические комитеты*.

В 1992 году в Мадриде состоялся первый *«круглый стол» представителей этических комитетов стран Европы*. Участники встречи отметили различие в системе организации, деятельности и формулировках целей, стоящих перед этическими комитетами в разных европейских странах, наличие двух уровней организации и функционирования этических комитетов – национального и регионального. Национальные этические комитеты занимаются выработкой общих этических принципов, кодексов и т.п., а региональные (местные) непосредственно проводят этическую экспертизу протоколов МБИ на людях [3].

## **2. Клинические испытания в медицине**

Каждый новый препарат до клинических испытаний проходит стадию длительного экспериментального исследования на животных.

В Республике Беларусь имеются *правила проведения клинических испытаний лекарственных средств* (Приказ МЗ № 254 от 13 августа 1999 года). Согласно правилам, в ходе клинического исследования нового фармакологического средства на человеке оценивают его специ-

фическое действие, клиническую ценность, возможность возникновения нежелательных эффектов.

Правила включают этические принципы организации клинических исследований, обеспечивающие защиту прав человека и гарантирующие надежность и достоверность данных. Они приняты всеми европейскими странами – производителями фармацевтической продукции и сформулированы в руководстве по «Качественной клинической практике» (Good Clinical practice – GCP) [1].

Ни одно испытание новых лекарственных средств на людях не должно проводиться без одобрения *этического комитета*. Этический комитет рассматривает следующие аспекты исследования:

- квалификация ответственного исследователя и пригодность учреждения для проведения испытания;
- протокол исследования с обоснованием соотношения возможного риска и пользы;
- принципы и критерии включения больных в исследование, способ получения информированного согласия;
- наличие свидетельства о страховании всех субъектов исследования на случай нанесения ущерба.

Этический комитет проводит анализ научного обоснования клинического испытания и дает оценку соответствия схемы протокола клинического испытания его цели, а также требованиям GCP.

Больных включают в исследование только после получения их письменного информированного согласия. *Исследователь обязан сообщить больному:*

- о целях и характере исследования;
- о процедурах, связанных с исследованием;
- о возможном риске;
- об ожидаемом положительном эффекте;
- об альтернативных способах лечения;
- о компенсации возможного ущерба.

*Исследуемого информируют* о добровольности его участия в исследовании и возможности прекращения последнего в любое время без объяснения причин и последствий для качества его медицинского обслуживания. Гарантируется также конфиденциальность всех данных, касающихся конкретного участника исследования.

В случаях проведения исследований у *психически тяжело больных, больных, находящихся в бессознательном состоянии, и несовершеннолетних* согласие необходимо получить у их законных представителей после согласования с этическим комитетом.

У *беременных* исследования проводят только с теми средствами, которые предназначены для лечения болезней у беременных и плода при условии, что отсутствует угроза для плода. Женщин с сохранной детородной функцией и детей не следует включать в клинические ис-

следования, за исключением ситуаций, когда необходимая информация может быть получена только в таких исследованиях.

Человек, дающий информированное согласие, имеет право задавать исследователю любые вопросы по предполагаемому клиническому испытанию и иметь достаточно времени для решения вопроса о своем участии в нем. Обдумав полученную информацию, больной или доброволец дает свое согласие на участие в испытаниях в устной либо письменной форме. Согласие в письменной форме обязательно в тех случаях, когда этого требует протокол исследования: исследование с участием здоровых добровольцев, изучение биодоступности или биоэквивалентности лекарственных средств [1].

### **3. Использование животных в медико-биологических исследованиях**

Этическим аспектам использования животных в медико-биологических исследованиях стали уделять внимание только в начале XX века.

А. Молль в книге «Врачебная этика» писал: «...научная цель оправдывает причинение животным страданий. Однако, по моему мнению, оно допустимо только в том случае, если таким путем близятся к разрешению существенные задачи науки. Если же опыт производится до некоторой степени только из любопытства, чтобы посмотреть то или другое, где, следовательно, эксперимент есть и средство и цель, там, мне кажется, он должен быть отрицаем с моральной точки зрения» [9].

Нападки на ученых-экспериментаторов велись постоянно и со всех сторон. Особенно много их обрушивалось на лауреата Нобелевской премии, знаменитого русского физиолога, И.П. Павлова. Его опыты на собаках вызывали у защитников животных решительный протест.

Своеобразным ответом И.П. Павлова на антиvivисекционистское движение стало открытие в 1935 году во дворе Института экспериментальной медицины «памятника собаке». Под одним из барельефов было написано: «Пусть собака, помощница и друг человека с доисторических времен, приносится в жертву науке, но наше достоинство обязывает нас, чтобы это происходило непременно и всегда без ненужного мучительства. И. Павлов».

В 1985 году в Сухумском научно-исследовательском питомнике обезьян (в последствии – филиале ВИЭМ) был сооружен памятник обезьяне. С 1927 года там проводили исследования по экспериментальной терапии, онкологии, инфекционной патологии. В 1991 году Институт и питомник в Сухуми были разрушены. В настоящее время Институт приматологии работает в Адлере.

ВМА в сентябре 1989 года приняла Декларацию об использо-

вании животных в медико-биологических исследованиях. В ней, прежде всего, отмечается важность для здоровья и нормальной жизни каждого члена общества медико-биологических исследований (МБИ). Они «...помогают продлить жизнь людям и улучшить ее качество. Однако, возможности ученых способствовать прогрессу здравоохранения угрожает движение за запрещение использования животных в МБИ. Это движение возглавляют группы радикальных борцов за права животных, взгляды которых расходятся с позицией основной части общества по этому вопросу, а тактика варьирует от изолированного лоббирования, организации пропагандистских и дезинформационных кампаний до нападений на центры МБИ и их сотрудников...».

С точки зрения ВМА, «...подобные действия «защитников животных» оказывают отрицательное влияние на международное научное сообщество. Ученые, исследовательские центры и университеты вынуждены менять тематику и даже отказываться от исследования важнейших проблем, для решения которых необходимо использовать животных. Лаборатории вынуждены направлять тысячи долларов не на исследования, а на приобретение охранного оборудования. Молодые люди, которые могли бы сделать карьеру в МБИ, вынуждены искать другие возможности...

Заявляя, что исследования на животных необходимы для улучшения медицинской помощи людям, мы утверждаем, что *отношение к животным должно быть достаточно гуманным*. Необходимо соответствующее обучение всего персонала исследовательских центров и создание компетентных ветеринарных служб. Эксперименты должны проводиться в соответствии с правилами, регулирующими обращения с животными, условия их содержания, лечения и транспортировки.

Международные медицинские и научные организации должны провести мощную и действенную кампанию против растущей угрозы здоровью общества, созданной активностью «защитников животных». Такой кампании необходима координация и единое руководство.

Всемирная медицинская ассоциация выдвигает следующие *принципы*.

1. Использование животных в МБИ необходимо для дальнейшего прогресса медицины.

2. Хельсинкская декларация ВМА требует, чтобы МБИ на людях предварялись экспериментами на животных и, в то же время, настаивает на гуманном и бережном отношении к последним.

3. Обращение с животными, используемыми в МБИ, должно быть гуманным.

4. Все исследовательские центры должны соблюдать правила гуманного отношения к животным.

5. Медицинские общества должны противостоять любым попыт-



кам запретить использование животных в МБИ, так как это приведет к снижению качества медицинской помощи людям.

6. Хотя свободу слова ни в коем случае нельзя ограничивать, анархические выступления так называемых защитников животных должны получить отпор.

7. Использование угроз, жестокости, насилия над личностью ученых и членов их семей должно пресекаться в международном масштабе.

8. Необходимо максимально скоординировать усилия международных органов по защите исследовательских центров и их сотрудников от террористических действий» [4].

### *Литература*

1. Биомедицинская этика / Под ред. В.И. Покровского. – М., 1997.
2. Бирштейн В.Я. Эксперименты на людях – не только в нацистской Германии // Биоэтика: принципы, правила, проблемы. – М., 1998.
3. Введение в биоэтику. – М., 1998.
4. Врачебные ассоциации, медицинская этика и общемедицинские проблемы: Сборник официальных материалов. – М., 1996.
5. Гиппократ. Клятва. Закон о враче. Наставления / Пер. с греч. В.И.Руднева. – Мн.: Современный литератор, 1998. – 832 с.
6. Глязер Г. Драматическая медицина. – М., 1965.
7. Медицина и права человека. – М., 1992.
8. Менье Л. История медицины. – М. - Л., 1926.
9. Молль А. Врачебная этика. Обязанности врача во всех отраслях его деятельности / Пер. с нем. – СПб., 1903. – 414 с.
10. Философский энциклопедический словарь. – М., 1997.
11. Юдин Б.Г. Горький юбилей // Биоэтика: принципы, правила, проблемы. – М., 1998.
12. Яровинский М.Я. Лекции по курсу «Медицинская этика» (биоэтика): Учебное пособие. – М.: Медицина, 2000. – 256 с.

## ЛЕКЦИЯ 18. ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НОВЫХ МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ

Важнейшей особенностью современного этапа развития медицины является ее тесная связь с другими отраслями естествознания. К их числу относятся биология, физиология, биохимия, генетика, физика, электроника, кибернетика, радиология, инженерное дело. Медицина с каждым годом делается все могущественнее и постепенно приобретает все большую власть над человеческим организмом.

Медицинская наука и ее возможности настолько возросли, что теперь ни одна отрасль промышленности, сельского хозяйства, строительства, транспорта, связи, космических исследований и др. не может обходиться без ее непосредственного участия.

Успехи, сделанные медициной за последние годы, можно смело назвать великими: благодаря им, неисчислимое множество людей избавляется от безвременной смерти и от многих страданий. Не смотря на это, многие проблемы еще не решены.

Парадоксальным выглядит тот факт, что с ростом достижений современной медицины усиливается недовольство врачей своими возможностями и недовольство пациентов возможностями врачей. Дело в том, что с ростом числа достижений увеличивается и число проблем, которые необходимо решать. Эти проблемы являются не только экономическими (большая часть новых технологий требует еще больших расходов, менее доступных рядовому пациенту), но и научными (особенно этическими).

С 70-х годов XX века традиционная медицинская этика вступила в свой биоэтический этап развития (Potter V.R., 1970), подчеркивая тем самым теснейшую связь всего того, что происходит с человеком, со всеми явлениями природы. Биология и медицина всегда были неразделимы, но теперь неразделимой стала и *этика отношения ко всему живому*, в том числе к человеку с момента его зачатия.

### 1. Генная инженерия

Сегодня ученые стали ближе к истокам жизни. Многие увидели возможность избавления от наследственных заболеваний и угрозу будущему человечества в *генной инженерии*.

Философ Г. Джоунс заявил, что генная инженерия в принципе позволяет удовлетворить самые разнообразные желания человека («наградить» своего ребенка высоким ростом, сохранить сексуальную активность в преклонные годы и пр.), но «... *ее использование приведет вас – с этической точки зрения – в неисследованную страну, по-*

ставит перед нами совершенно новые проблемы, к разрешению которых существующие этические теории еще совершенно не подготовлены» [5].

Исправление ошибок природы, осуществляемое методами генной инженерии, также, по его мнению, недопустимо, поскольку означает постановку эксперимента на нерожденных.

Ребенок – не машина, которую в случае неудачи можно разобрать на детали. Кроме того, биогенетические ошибки в отличие от инженерных нельзя исправить, и они способны нарастать, передаваясь из поколения в поколение. Автор утверждал, что *«мы не обладаем достаточным знанием, мудростью, самодисциплиной и чувством справедливости для того, чтобы приступить к творению новых видов»* [5].

Однако, согласно мнению членов американской Президентской комиссии по изучению этических проблем, возникающих при проведении научных исследований, завершившей свою работу в 1983 году, молекулярно-генетические исследования по своей внутренней природе не представляют опасности для жизни человека и существующих нравственных ценностей, по крайней мере, в обозримом будущем. Все формы деятельности человека, указывали члены этой комиссии, представляют собой вмешательство в ход природных процессов и вместе с тем не противоречат законам природы.

Человек не только может, но и обязан использовать данное ему Богом умение себе во благо. При обсуждении вопроса о том, может ли генная инженерия изменить природу человека, члены комиссии отмечали, сегодня на него ответить невозможно, поскольку *отсутствует согласие в отношении того, что же представляет собой «природа человека»*.

Рассматривая отдаленные перспективы развития генной инженерии, все же следовало, по мнению членов комиссии, иметь в виду возможность изменения «природы человека». Однако для обсуждения этой проблемы необходимо дальнейшее накопление знаний. Главное же, что нужно осознать сегодня, – это то, что *«генная инженерия сама по себе не есть зло, хотя ее развитие и может повести к возникновению нежелательных для человека последствий»* [5].

Важнейшим из международных документов, которые относятся к этой проблеме, является *«Декларация о генетическом консультировании и генной инженерии»*, принятая 39-й Всемирной медицинской ассамблеей (Мадрид, 1987) и дополненная в 1992 году. В разделе, посвященном генной инженерии, говорится:

«...Развитие исследований в области генной инженерии ставит вопрос о регулировании связанных с ними проблем со стороны научных и медицинских организаций, промышленных структур, правительственных органов и общественности.

Если в будущем замещение гена нормальной ДНК станет повседневной терапевтической реальностью, ВМА настаивает, чтобы были учтены следующие факторы:

(1) Если процедура выполняется с исследовательскими целями, необходимо ее полное соответствие требованиям Хельсинкской декларации ВМА.

(2) Если процедура выполняется с лечебными целями, необходимо придерживаться обычных норм медицинской практики, положений профессиональной этики и принципов Хельсинкской декларации.

(3) Необходимо всестороннее обсуждение предлагаемой процедуры с пациентом и получение его/ее добровольного и осознанного согласия, либо согласия его/ее законных представителей в письменной форме.

(4) На вирусной ДНК, содержащей заместительный или корригирующий ген, не должно быть болезнетворного или другого нежелательного вируса.

(5) Внедренная ДНК должна нормально функционировать в клетке реципиента, не вызывая метаболических нарушений, способных повредить другие органы.

(6) Эффективность генной терапии должна быть изучена самым тщательным образом, включая наблюдение за будущими поколениями.

(7) Все процедуры могут осуществляться только после тщательной оценки доступности и эффективности других способов лечения. Если возможны более простые и безопасные способы, ими и следует пользоваться.

(8) Высказанные принципы, возможно, в будущем будут дополнены в соответствии с развитием медицинской науки и практики» [3].

### ***1.1. Геном человека***

Немало этических проблем в последние десятилетия возникло перед человеческим сообществом в целом и перед медицинской общественностью, в частности, в связи с проведением медико-генетических исследований.

*Медицина XXI века* переживает революционные преобразования. Это обусловлено, прежде всего, исследованиями по основным аспектам биологии человека – генетической основе жизни. Они открывают возможность изменить функции определенных генов с целью предупреждения или лечения многих заболеваний и нарушений, которые заложены в наших клетках с момента зачатия.

Однако такой технологией, способной внести коренные изменения в судьбу человечества, злоупотреблять нельзя. Надо охранять человеческие ценности и человеческое достоинство. Общество должно следить за тем, чтобы не нарушались хрупкие границы этического применения этих новых мощных возможностей.

В апреле 1988 года в Риме состоялась *Пятая конференция на высшем уровне по биоэтике*, посвященная определению последовательности аминокислотных остатков в белках *генома человека* в связи с этическими вопросами. Она поставила на повестку дня обсуждение именно этой проблемы. Своевременность объясняется принятым недавно решением продолжать осуществление крупнейшего из известных проектов биологических исследований: картирование и определение последовательности аминокислотных остатков в белках *генома человека*. Этот проект в некотором роде стал биологическим эквивалентом программы полета человека на Луну (Здоровье мира. — 1988. — № 12).

В сентябре 1992 года ВМА приняла *Декларацию «О проекте «Геном человека»*. В ней отмечается:

«Проект «Геном человека» основан на предположении о том, что знания информации, содержащейся в геноме человека, позволят диагностировать множество генетических заболеваний до момента зачатия и, соответственно, помогут людям сделать правильный выбор.

Ключом к пониманию генетических заболеваний являются идентификация и определение генов после мутации. Соответственно, можно говорить о том, что понимание биологической природы человека связано с идентификацией 50 000-100 000 генов, содержащихся в хромосомах человека.

Проект «Геном человека» может помочь идентифицировать и определить характеристики генов, связанных с основными генетическими заболеваниями; предполагает, что станет возможным идентифицировать и определять характеристики генов, связанных с генетическими заболеваниями, например, такими, как *сахарный диабет*, *шизофрения* и *болезнь Альцгеймера*. Гены определяют лишь предрасположенность к этим заболеваниям, а разрешающий фактор — негенетический.

Выявление предрасположенности к таким заболеваниям помогло бы их профилактизировать путем изменения образа жизни, диеты и периодических осмотров. Во второй половине XX века произошла «концептуальная революция», которая заключается в том, что о болезнях стали думать в терминах биохимии. Сегодня мы являемся свидетелями новой революции, которая отождествляет ген с программой всех биохимических процессов в клетках тела.

С этической точки зрения важно как можно быстрее получить информацию о геноме, поскольку она сулит лучшее понимание этиологии и патогенеза многих заболеваний. Вместе с тем, эта информация может оказаться бесполезной до тех пор, пока общественность и индивид не будут информированы о возможностях выбора лучшего пути использования этой информации.

Еще одна проблема заключается в том, чтобы определить, на-

сколько прилагаемые усилия сравнимы с путями достижения поставленных целей. Должен ли предлагаемый проект быть нацеленным на изобретение новых методов или предпочтительнее шаг за шагом идти к намеченной цели?..».

Препятствием для реализации данного проекта является «...Конфликт между нормой приватности и необходимостью научного сотрудничества. Картирование генома человека должно быть анонимным, однако полученная в результате информация имеет отношение к каждому человеку, независимо от его расовой принадлежности и индивидуальных различий между людьми. Эта информация должна быть общим достоянием и не может использоваться только в целях бизнеса. Поэтому ни один пациент не должен быть принесен в жертву проекту «Геном человека»...».

Существует конфликт между все возрастающим потенциалом новых технологий по раскрытию генетической гетерогенности и критериями предоставления индивидуумам медицинской страховки и работы. Несмотря на генетические различия, представляется целесообразным принять, путем консенсуса, запрещение дискриминации при приеме на работу или при заключении договора по индивидуальному страхованию по соображениям принадлежности к определенной расе. Генетическое картирование может стать основанием социальной дискриминации, при которой «группа риска» может рассматриваться как «дефектная группа».

При реализации проекта «Геном человека» может возникнуть угроза использования генетической информации в немедицинских целях и угроза евгеники. Концепция евгеники основана на предположении о том, что гены имеют решающее значение в процессе формирования человека, а потому их распределение в популяции имеет решающее значение для изменений репродуктивного поведения. Согласно этой концепции, соображения общественного блага оправдывают ограничение свободы индивида. Обладание информацией ставит проблему и ее использования. До сих пор существуют опасения по поводу существования одобренных правительствами программ «улучшение расы» и использования медицинских технологий в немедицинских целях...».

В связи с этим ВМА предлагает следующие рекомендации.

«Этические проблемы, связанные с воплощением проекта «Геном человека», обусловлены не столько технологией его реализации, сколько правильным ее использованием. В связи с этим, прежде чем приступать к работе над проектом, необходимо тщательно проанализировать все этические, юридические и социальные вопросы, связанные с применением новых технологий.

Определенная озабоченность возникает из-за опасения, что исследователь, занятый работой по проекту, может взять на себя роль своеобразного «бога» или попытается вмешаться в действия законов

природы. Только освободившись от предвзятости по отношению к проекту «Геном человека», мы сможем правильно оценить этические проблемы, связанные с его реализацией, как это имеет место в случаях с оценкой новых методов диагностики и лечения. Другими словами, как и в последних случаях, *основными критериями оценки проекта являются уважение личности человека, его автономии и нормы невмешательства в его частную жизнь, а также сравнительная оценка риска и пользы.*

Существует необходимость определить наиболее *общие этические и юридические положения*, которыми следует руководствоваться в целях предотвращения какой-либо дискриминации людей по генетическим признакам. Они таковы:

- с целью избежания роста социальной напряженности необходимо обеспечить доступность генетического консультирования для всех;

- необходимо также обеспечить возможность обмена полученными знаниями, информацией и средствами технологии между всеми странами мира;

- необходимо строго соблюдать принцип уважения воли тех, кто подвергается генетическому скринингу, и их право решать вопросы, связанные с участием в этой процедуре и использованием полученной в результате информации;

- необходимо обеспечить полную информированность пациента или его законного представителя по поводу всех процедур, связанных с реализацией проекта. Необходимо также обеспечить норму сохранения медицинской тайны и неразглашения полученной информации путем передачи ее третьим лицам без согласия пациента.

Эта норма должна соблюдаться даже в тех случаях, когда полученная информация позволит делать вывод о том, что под угрозой находятся члены семьи пациента.

Единственным исключением является случай, когда речь идет о серьезном заболевании, предотвратить которое можно путем раскрытия полученной информации; норма конфиденциальности информации может быть нарушен только тогда, когда все попытки убедить пациента в необходимости раскрыть самому тайну его генетической информации оказываются безуспешными, однако и в этом случае раскрытию подлежит не вся информация, а только необходимая ее часть; *раскрытие генетической информации пациента или доступ к ней со стороны третьих лиц может быть разрешен только с добровольного информированного согласия пациента»* [3].

## **1.2. Клонирование человека**

В феврале 1997 года весь мир узнал об успешном опыте клонирования, результатом которого стала овечка Долли. С этого момента на-



чалась бурная дискуссия политиков, ученых, философов и простых обывателей о допустимости таких опытов и возможности клонирования человеческих существ

Президент США Б. Клинтон 24 февраля 1997 года обратился в Национальную консультативную комиссию по биоэтике (NBAC) с просьбой представить доклад по проблеме *клонирования человека*.

Комиссия пришла к выводу о том, что необходим некоторый период времени, в течение которого не должны предприниматься попытки получения потомства с использованием клонирования путем пересадки ядер соматических клеток и сформулировала следующие *выводы и рекомендации*.

I. Комиссия заключает, что в настоящее время любые попытки (предпринимаемые в государственном или частном секторе, исследовательских лабораториях или клиниках) создания потомства путем клонирования с использованием техники пересадки ядер соматических клеток являются *морально неприемлемыми*. Мы пришли к консенсусу по этому пункту, поскольку существующая сегодня научная информация по данному вопросу свидетельствует о том, что сейчас использование этой техники *по отношению к людям небезопасно*.

Мы убеждены в том, что попытки создать ребенка с помощью этой технологии, безусловно, нарушают важные моральные обязательства исследователя или клинициста, поскольку они, видимо, связаны с неприемлемым риском для плода и(или) будущего ребенка. Более того, помимо соображений безопасности, выявлено множество других серьезных этических проблем, связанных с использованием этой технологии, требующих для своего разрешения более широкого и тщательного предварительного общественного обсуждения.

Поэтому Комиссия рекомендует немедленно предпринять следующие действия:

- *сохранить существующий мораторий на финансирование любых попыток создания детей с помощью метода переноса ядра соматической клетки из средств федерального бюджета;*

- *немедленно обратиться ко всем фирмам, практикующим врачам, исследователям и профессиональным обществам, осуществляющим свою деятельность в частном секторе или в учреждениях, финансируемых не из федерального бюджета, с призывом добровольно присоединиться к мораторию, объявленному федеральными властями.*

Профессиональные и научные общества должны дать ясно понять, что сегодня любая попытка создать ребенка с использованием метода переноса ядра соматической клетки и дальнейшей имплантации в тело женщины будет рассматриваться как *безответственное, неэтичное и непрофессиональное деяние*.

II. Комиссия далее рекомендует принять федеральный закон, за-

прешающий любые попытки, будь то в исследовательских лабораториях или клиниках, создать ребенка путем клонирования с использованием метода пересадки ядра соматической клетки. Однако важно, чтобы этот закон включал в себя ограничивающее положение, гарантирующее, что через определенный период времени (*от 3 до 5 лет*) Конгресс вновь обратится к рассмотрению этого вопроса и решит, следует ли продлевать запрет.

В случае, если такой закон примет какой-либо из штатов, он также должен содержать такое ограничивающее положение. Любой подобный закон или иной нормативный акт должен также содержать требование, чтобы в определенный момент по истечении ограничивающего срока соответствующий наблюдательный орган дал оценку и представил доклад о текущем состоянии дел в области клонирования путем пересадки ядра соматической клетки, а также проанализировал отношение общества к этическим и социальным вопросам, связанным с его возможным использованием.

### III. Комиссия также пришла к следующим выводам:

- любые регулирующие или законодательные акты, принимаемые в целях запрещения клонирования путем пересадки ядра соматической клетки, должны быть сформулированы с особой тщательностью с тем, чтобы не вмешиваться в другие важные области научных исследований...

- исследования по клонированию животных с использованием метода переноса ядра соматической клетки не порождают проблем, возникающих при попытках использовать этот метод для клонирования человека, а потому продолжение подобных исследований должно отвечать лишь уже существующим регулятивным документам, требующим гуманного обращения с животными и предварительной экспертизы исследовательского проекта со стороны соответствующих этических комитетов.

IV. Комиссия также пришла к выводу о наличии различных этических и религиозных взглядов и традиций в отношении многих важных моральных проблем, связанных с попытками использовать метода переноса ядер соматических клеток с целью создания потомства. В связи с этим мы рекомендуем, чтобы федеральное правительство и все другие заинтересованные стороны поощряли широкое и последовательное обсуждение этих проблем с тем, чтобы углубить наше понимание этических и социальных последствий этой технологии, а также позволить обществу сформулировать соответствующую долговременную политику в этой области, рассчитанную на то время, когда и если придется непосредственно заняться существующими сегодня проблемами безопасности.

V. Наконец, поскольку научное знание имеет существенное значение для того, чтобы все граждане смогли принимать полноценное и

информированное участие в управлении нашим сложным обществом, Комиссия рекомендует, чтобы связанные с наукой федеральные департаменты и Агентства взаимодействовали в деле поиска и поддержки возможностей для информирования и образования общественности в области генетики и достижений других биомедицинских наук, особенно когда эти достижения влияют на важные культурные практики, ценности и убеждения» [4].

Некоторые европейские страны приняли законы о запрещении клонирования человека.

В России 20 мая 2002 года Государственной думой был принят Федеральный закон «О временном запрете на клонирование человека»

Наряду с противниками клонирования имеются и его сторонники. Так, Декларацию в защиту клонирования и неприкосновенности научных исследований подписали более 30 всемирно известных ученых, лауреатов Нобелевской премии и Международной академии гуманизма.

*«Мы не видим в клонировании высших животных, исключая человека, каких-либо неразрешимых этических дилемм. Не считаем мы очевидным и то, что будущие достижения в клонировании человеческих тканей и даже человеческих существ создадут моральные затруднения, которые не сможет разрешить человеческий разум. Моральные проблемы, порождаемые клонированием, не являются более крупными и более глубокими, чем вопросы, с которыми люди уже сталкивались по поводу таких технологий, как ядерная энергия, рекомбинантная ДНК и компьютерное шифрование. Они просто новые»,* – отмечается в Декларации.

В начале 1998 года Советом Европы был принят Дополнительный протокол к Конвенции «О правах человека и биомедицине».

В нем говорится о том, что «...инструментализация человеческих существ путем намеренного создания генетически идентичных человеческих существ несовместима с достоинством человека и, таким образом, представляет злоупотребление биологией и медициной», а также о «серьезных трудностях медицинского, психологического и социального порядка, которые такая намеренная биомедицинская практика, могла бы породить для всех вовлеченных в нее индивидов» [4].

### **1.3. Генная терапия**

Проблема *генной терапии* представляет собой одно из новейших направлений развития медицины. Метод основан на переносе генетического материала с помощью вирусных или фаговых векторов (переносчиков) либо непосредственно в кровь и ткани пациента, либо вначале в лабораторно изолированные клетки больного, которые ему впоследствии пересаживают.

Наиболее перспективным считается применение генной терапии для лечения *моногенных наследственных заболеваний*: предполагается, что введение в организм генетического материала, содержащего нормально функционирующий ген, дает выраженный терапевтический эффект. По мнению многих ученых-генетиков, перспективна разработка методов генной терапии *злокачественных новообразований*. Значительные надежды возлагают на разработку эффективных методов генной терапии *СПИДа*.

Недостаточно ясными представляются перспективы использования генной терапии для лечения мультифакториальных нарушений, таких, например, как *сердечно-сосудистые*. Однако и в этих случаях при выявлении «узких» мест заболеваний, возможны варианты генетической коррекции, позволяющие по крайней мере замедлить развитие патологии.

*В настоящее время ни один из существующих методов генной терапии нельзя считать достаточно отработанным и надежным.* Успешные случаи, вызывавшие ажиотаж и энтузиазм общественности, чередовались с трагическими неудачами, вслед за которыми раздавались настойчивые призывы прекратить эти опасные эксперименты, поскольку продолжает сохраняться значительная неопределенность в отношении учета возможных негативных последствий переноса генетического материала в организм пациента, а также оценки эффективности генной терапии.

По всей видимости, в ближайшее время генная терапия будет находиться в «зоне экспериментирования». Поэтому к ней необходимо применять весь существующий набор правовых и этических норм, касающихся генной инженерии.

## 2. Трансплантология

### 2.1. Из истории трансплантологии

Только в XX веке *трансплантология* стала одной из самых перспективных областей медицинской науки и практики. Она стала результатом тесного взаимодействия современной хирургии, реаниматологии, анестезиологии, иммунологии, фармакологии и других медико-биологических наук. Высокие медицинские технологии являются для нее своеобразной опорой.

Началом развития трансплантологии традиционно считают 1954 год, когда американскими хирургами была осуществлена первая успешная пересадка почки.

Однако еще в 1928 году С.С. Юдиным было осуществлено переливание трупной крови больному после успешных опытов, проведенных В.Н. Шамовым на животных. С начала 30-х годов известным оф-

тальмологом В.П. Филатовым успешно использовалась для трансплантации роговицы, взятая у трупа.

В отношении пересадки почки приоритет в осуществлении этой операции принадлежит киевскому хирургу Ю.Ю. Вороному, который в 1933 году произвел пересадку почки, взятой у 60-летнего мужчины через 6 часов после его смерти, 26-летней больной, умиравшей от острого отравления сулемой. С новой почкой больная прожила еще 2 суток.

Особый интерес мировой общественности к проблемам трансплантологии возник после 3 декабря 1967 года, когда хирург из ЮАР Кристиан Барнард произвел первую пересадку сердца от погибшего человека пациенту, находившемуся на пороге смерти. Луис Вашканский, которому было пересажено сердце чернокожей девушки Дениз Дерваль, прожил благодаря этой операции еще 2 недели.

Здесь необходимо отметить, что в своей автобиографической книге «Нежелательные элементы» К. Барнард указал на экспериментальные работы по этой проблеме советского хирурга В.П. Демихова, без которых пересадка сердца была бы невозможна.

*«Доктор Демихов – один из величайших экспериментаторов мира, технологиями которого до сегодняшнего дня пользуются все клиники, занимающиеся пересадками сердца, печени, почек, легких»* – писал известный кардиохирург Ренат Акчурин. Он был человеком (умер в 1998 году), опередившим время. Так, еще в 50-е годы он «создал» собаку с двумя головами, а о пересадке головного мозга мы говорим только сейчас, в начале XXI века.

Первая пересадка сердца вызвала крайне противоречивую реакцию. Широкая публика приветствовала ее как «героическое деяние», прорыв в XXI век, в то время как профессионалы осуждали, считая несвоевременной, недостаточно подготовленной. Изобретатель сердечного катетера, лауреат Нобелевской премии по медицине В. Форсман заявил о том, что отныне трансплантационная медицина *«...не будет застрахована от честолюбия и произвола, слабости характера и тщеславия. Когда дьявол перемешивает нравственные понятия, планета за прогресс становится слишком высокой»*.

В. Форсман оказался пророческим. Операция К. Барнарда вызвала подлинную эпидемию скоропалительных трансплантаций. Из первых 166 человек, которым в разных странах мира было пересажено сердце, спустя 2 года после операции в живых осталось только 23. Как признался один из хирургов, многократно «пытавший счастья» в трансплантациях, сегодня он чувствует себя «преступником против человечества».

Не смотря на «издержки» начального периода трансплантология сделала за последнее время стремительный рывок вперед. Увеличился и улучшился набор иммунодепрессантов, позволяющих блокировать и

предотвращать процессы отторжения чужого органа (трансплантата) организмом больного. Постоянно совершенствуются методы хранения трансплантатов. Это открыло путь для расширения «географии» пересадок и создания национальных и межнациональных систем обеспечения органами.

Отшлифовывалась хирургическая техника пересадок. Теперь трансплантация сердца воспринималась не как некое чудо, таинство, а как рядовая операция, которую опытная команда хирургов производит за 27 минут. В настоящее время детально отработана пересадка почек, осваивается техника пересадки печени. Есть проекты пересадки головного мозга. Увеличивается число «кластерных» операций, в ходе которых пересаживают сразу несколько органов.

Не смотря на успехи трансплантологии дискуссии о своевременности, целесообразности, этичности трансплантаций не стихают.

Очевидным является то, что в интересах развития отрасли экспериментирование необходимо. Вопрос заключается в том, когда и в каких пределах? Сам себе врач-практик помочь себе не может, так как успехи у операционного стола только подхлестывают желание раньше других произвести очередное чудо и ужесточают охоту за органами. Помочь врачам в решении этой проблемы должны специалисты по этике. Сложность заключается в том, что *медицинская этика (биоэтика) фатально отстает от экспериментальной медицины.*

Сложность проблемы еще заключается и в дороговизне подобных операций. Трансплантация сердца обходится в 100-150 тысяч долларов (не считая затрат на предварительное обследование и медикаменты, применяемые в послеоперационном периоде). «Стандартная» трансплантация печени стоит 160–250 тысяч долларов, но в случае повторных пересадок эта сумма может увеличиться в 3 раза. Стоимость «кластерной» операции может достигать 1,2 миллиона долларов [2].

Эти цифры заставляют задуматься над новой проблемой: по мере усложнения операций их стоимость неизбежно увеличивается. При этом результаты трансплантаций оставляют желать лучшего, а масштабы их применения из-за дефицита донорских органов ограничены. В любом, даже самом благоприятном, случае *пересадка органов – это спасение для немногих.*

В данной ситуации более целесообразным и более этичным является развитие таких способов лечения и профилактики заболеваний сердца, печени, почек, которые могут быть использованы более широко.

По мнению профессора М.Я. Яровинского, вряд ли можно считать оправданной с этической точки зрения ситуацию, при которой на пересадку сердца одному больному будут истрачены средства, эквивалентные сотням тысяч американских долларов, а детские онкологические больницы не получают средств для гарантируемой законом бес-

платной медикаментозной помощи, что, к сожалению, имеет место в настоящее время. Вопрос о справедливом распределении дефицитных ресурсов здравоохранения должен находиться под постоянным общественным контролем [7].

Для реализации равноправия граждан при распределении дефицитных органов и тканей для пересадки обычно используют *два принципа – лотереи и очередности*.

Отбор пациентов для трансплантации по принципу совместимости донора и реципиента – это «природная лотерея». В таком случае орган получает тот из потенциальных реципиентов, для кого ткани потенциального донора больше подходят и опасность отторжения трансплантата меньше.

Отбор пациентов во многих странах мира осуществляется также с учетом возрастных ограничений для реципиентов, а также состояние их здоровья. Морально оправданным считаются ограничения по пересадке органов для тех, кто потерял здоровье вследствие вредных привычек (наркоманов, алкоголиков и т.д.). Однако *ни принцип лотереи, ни принцип очередности не могут считаться идеальными*.

Этические проблемы трансплантологии существенно различаются в зависимости от того, идет ли речь о заборе органов для пересадки у живого человека или трупа.

## **2.2. Этика забора органа у живого человека**

Пересадка органа от живого донора сопряжена с большим риском для последнего. Забор органа или его части у донора, очевидно, является по отношению к нему отступлением от одного из основополагающих этических принципов медицины – непричинения вреда.

Обстоятельством, оправдывающим с этической точки зрения нарушение этого принципа, является право потенциального донора пожертвовать одним из органов или частью органа для спасения жизни больного, руководствуясь при этом *чувством сострадания и любви к ближнему*. Однако не всякая жертва может быть принесена. Законом запрещена пересадка органа, если априори известно, что в результате может возникнуть необратимое расстройство здоровья донора.

Так, *мать или отец не имеют права пожертвовать собственной жизнью, отдав своему ребенку непарный жизненно важный орган*.

Н. М. Амосов в книге «Мысли и сердце» описывает случаи, когда родители предлагали свои сердца для спасения больных детей [1]. Помощь ближнему является для нормального человека его моральным долгом. Однако если жизни ребенка угрожает опасность, родитель отказывается выступить в роли донора, например, костного мозга, то закон не обязывает его выполнять свой моральный долг и не наделяет третьих лиц правом на принуждение в этом отношении.



С этической точки зрения *донорство должно быть добровольной, осознанно совершаемой и бескорыстной (альтруистической) жертвой*. Осознанность жертвы должна основываться на полноте предоставляемой врачом следующей информации:

- о возможном риске в отношении состояния здоровья и социального благополучия (трудоспособности) потенциального донора;
- о шансах на успех для предполагаемого реципиента.

В связи с этим *донорами не могут выступать* недееспособные граждане, которые из-за своего возраста или интеллектуальных способностей не в состоянии осознанно принять решение. Общество не может признать за ребенком или больным с тяжелым психическим расстройством права на жертву в пользу своего близкого.

Сейчас во всех странах мира принята практика пересадки органов и тканей от живого донора только лицам, находящимся с ним в близком родстве. Не смотря на это, обсуждается возможность разрешить такие пересадки и неродственникам, но под наблюдением этических комитетов (уполномоченных независимых органов).

При пересадке органов близким родственникам вместо *осознанного информированного согласия* обычно применяют в чем-то сходную, однако по сути иную процедуру – получение *письменного решения донора*.

Этот документ не содержит развернутой информации о риске неблагоприятных последствий, как медицинских, так и социальных (например, о возможности ограничения работоспособности или даже инвалидизации), а также о вероятности благоприятного исхода для данного конкретного реципиента [2].

В такой ситуации врач может манипулировать информацией для того, чтобы склонить к донорству в связи с финансовой заинтересованностью, своими научными интересами, связанными с испытанием новых хирургических приемов, либо медикаментозных средств. С этой целью медики могут предоставлять потенциальному донору информацию, умалчивая при этом о имевших место неудачных пересадках, оканчивавшихся смертельным исходом или инвалидизацией, наличии альтернативных методов лечения, низких шансах на успех для реципиента.

Наряду с проблемой информирования донора существует и *проблема добровольности его согласия на трансплантацию*.

Дело в том, что в отечественном здравоохранении медицинская информация о пациентах традиционно передается членам семьи, поэтому существует вероятность откровенного давления членов семьи на потенциального донора и даже принуждения.

Такое принуждение может иметь и характер непрямого, завуалированного психологического или морального воздействия. В связи с этим можно считать оправданной практику тех трансплантологиче-

ских центров, в которых любая медицинская информация о потенциальном доноре (или реципиенте) передается даже родственникам только с его прямого согласия. Иными словами, обеспечивается соблюдение нормы конфиденциальности [2].

### 2.3. Этика забора органа у трупа

Использование трупа человека в качестве источника органов для пересадки вызывает спектр непростых моральных проблем. Это связано, прежде всего, с тем, что *все религии запрещают нанесение повреждений телу умершего человека*, требуют бережного и почтительного отношения к нему.

Со светской точки зрения, смерть человека не отменяет его прав в отношении того, что ему принадлежит. Завещание представляет собой особую форму волеизъявления, которая как бы переходит за черту, отделяющую жизнь человека от смерти. Также признается, что *любой акт надругательства над телом покойного является предосудительным поступком, оскорбляющим его память*.

Иными словами, *как для религиозного, так и для светского сознания мертвое тело обладает особым моральным статусом*. В связи с этим должны быть предусмотрены определенные нормы, регулирующие обращение с ним [2].

В ряде стран забор органов и тканей производится только *на основе информированного согласия*. Например, в США согласие на изъятие органов после смерти записывают в водительские права, заменяющие американцам паспорт. Этот принцип иногда называют «презумпцией несогласия», поскольку в данном случае предполагается, что отсутствие явно выраженного согласия равносильно отказу. Потенциальный донор отдает прижизненное распоряжение. Если его нет, то после смерти требуется согласие членов семьи на использование трупа для целей донорства.

В России с 1992 году закон по трансплантологии предоставляет право на отказ изъятия органов и тканей как самому человеку – заранее, так и его родственникам – после его смерти. Однако важно, чтобы это право могло быть реализовано на практике. Население должно быть информировано о своем праве на отказ, понимать содержание этого права и знать, как оно может быть реализовано.

### 2.4. О коммерциализации трансплантологии

Огромный дефицит органов, необходимых для трансплантации, неизбежно повлек за собой *коммерциализацию трансплантологии*.

Предметом купли-продажи стали человеческие органы. Так, в Китае они изымались в ходе расследования у лиц, казненных по приговорам судов (свыше 4 тысяч человек в год). Идея использовать органы приговоренных к смерти заключенных пришла по вкусу американ-

скому врачу Кеворкяну, известному под кличкой «Доктор Смерть» за активную эвтаназию своих пациентов. В 1998 году директор казахстанского научного Центра хирургии академик Мухтар Алиев предложил разбирать на донорские органы приговоренных к смертной казни.

В США закон, по которому продажа внутренних органов человека для трансплантации другому человеку считается уголовно наказуемым преступлением, был принят только в 1997 году. Столь позднее принятие этого закона вызвано высоким дефицитом органов, необходимых для трансплантации. Сегодня в США 38 тысяч больных ждут своей очереди на пересадку почки и 9800 человек надеются на замену печени.

Процесс коммерциализации трансплантологии охватил почти все постсоветское пространство. Директор Института трансплантологии и искусственных органов РАМН академик В.И. Шумаков и его коллеги категорически отрицают даже самую возможность торговли органами в нашей стране.

Всемирная медицинская ассамблея приняла несколько деклараций об этических проблемах трансплантологии. В октябре 1985 года 37-й Всемирной медицинской ассамблеей (Брюссель, Бельгия) было принято *«Заявление о торговле живыми органами»*. В нем говорится: «Рассмотрев факты, свидетельствующие о процветании в последнее время продажи живых донорских почек из слаборазвитых стран для пересадок в Европе и США, Всемирная Медицинская Ассоциация осуждает куплю-продажу человеческих органов для трансплантации».

Всемирная Медицинская Ассоциация обращается к правительствам всех стран с призывом принять эффективные меры для предотвращения использования человеческих органов в коммерческих целях» [3].

ВМА на 39-й Всемирной медицинской ассамблее (Мадрид, Испания) в октябре 1987 года приняла *«Декларацию о трансплантации человеческих органов»*, согласно которой купля-продажа человеческих органов строго осуждается [3].

В сентябре 1994 году 46-й Всемирной медицинской ассамблеей (Стокгольм, Швеция) была принята *«Резолюция по вопросам поведения врачей при осуществлении трансплантации человеческих органов»*. В ней ВМА призывает все национальные медицинские ассоциации соблюдать их, а в случаях их нарушений, сурово наказывать врачей, замешанных в подобных нарушениях [3].

## **2.5. Об использовании фетальных тканей**

С проблемами трансплантации органов и тканей связан вопрос об использовании фетальных (от лат. fetus – плод, зародыш) тканей.

Идея получения материала для научных исследований, используя абортный материал, не нова. Еще в 1881 году К. Леопольд проводил эксперименты по пересадке плодного эпителия животным. Сто лет назад петербургский врач Шеперович ввел эмбриональные ткани больному, погибавшему от хронической почечной недостаточности. Первая попытка не удалась, но идея лечения клетками плода продолжала будоражить умы ученых.

В 30-е годы в Москве даже был создан институт, где разрабатывали совершенные для того времени технологии получения препаратов из эмбриональных тканей. Советские «абортарии» снабжали ученых необходимым материалом в достаточном количестве. Эти препараты применяли, в частности, для оздоровления и омоложения.

В семидесятые годы дискутировалась этичность вторжения в живую ткань эмбриона и разработки новых способов пренатальной диагностики, например фетоскопии.

*Трансплантации эмбриональной ткани (ТЭТ)* после непроизвольного или преднамеренного аборта напоминает использование трупных тканей и органов. Сейчас перспективы ТЭТ для лечения таких заболеваний, как диабет и болезнь Паркинсона, вновь подняли этические вопросы этики эмбриологических исследований.

В связи с этим в сентябре 1989 года 41-й Всемирной медицинской ассамблеей в Гонконге была принята *«Декларация о трансплантации эмбриональных тканей»*. В ней ВМА заявляет, что использование зародышевой ткани в целях ТЭТ еще находится на стадии экспериментирования и с этической точки зрения допустимо, если:

1) соблюдаются принципы принятых ВМА Хельсинкской декларации и декларации о трансплантации человеческих органов в части, относящейся к ТЭТ;

2) зародышевая ткань заготавливается в соответствии с требованиями «Заявления о торговле живыми органами» и ее предоставление не продиктовано получением денежного вознаграждения, за исключением сумм на покрытие технических расходов;

3) получатель зародышевой ткани определен не донором;

4) окончательное решение об аборте принято до того, как поднят вопрос о ТЭТ. Гарантирована, абсолютная независимость друг от друга бригад, проводящих операции аборта и трансплантации;

5) принятие решения о сроках проведения аборта диктуется состоянием здоровья женщины. Вопрос о методе и сроке аборта решается исходя из соображений ее безопасности [3].

## **2.6. О психотропной терапии**

В XX веке настоящую революцию совершили психотропные препараты. Лечение многих психических заболеваний стало возможным в амбулаторных условиях. Но достижения психофармакотерапии

стали предметом злоупотреблений со стороны государства. Так, в СССР они использовались в целях борьбы с «инакомыслием» (диссидентами).

В связи с этим в 1975 году Всемирная медицинская ассамблея на своем заседании в Токио приняла *Декларацию об использовании психотропных средств и злоупотреблении ими*.

В 1983 году на ассамблее в Венеции эта Декларация была дополнена некоторыми новыми положениями.

1. Использование психотропных средств представляет собой сложное социальное явление и не является чисто медицинской проблемой.

2. Внутри общества необходима интенсивная просветительская работа, основанная на разработке и наглядной демонстрации реальных альтернатив использованию психотропных средств, лишенная элементов нравощения и наказания. Врачи, как обеспокоенные граждане и носители знания, должны принять участие в таких программах.

3. Врачам следует шире давать лечебные рекомендации, не связанные с применением фармакологических препаратов, и осторожнее применять фармакотерапевтические вещества, назначая психотропные средства очень сдержанно, по возможно более узким показаниям, лишь при полной уверенности в том, что назначение строго соответствует точному диагнозу, не забывая о потенциальной опасности неправильного применения психотропных препаратов или злоупотребления ими.

Врачи должны взять на себя сбор и предоставление информации о фактах пагубного влияния на здоровье человека применения в медицинских целях всех психотропных средств, включая алкоголь.

Врачам следует сотрудничать с любыми организациями в целях широкого распространения информации о вреде бесконтрольного применения психотропных средств, особенно в возрастных группах, склонных к экспериментированию с наркотиками. Такая информация должна помочь противостоять давлению группы и другим факторам, способствующим бесконтрольному использованию препаратов и реализовать право каждого человека на свободу осознанного личного выбора [3].

М.Я. Яровинский считает, что «...человечество не может воспринять никакие новейшие медицинские технологии, никакие достижения врачей, если они не находятся в гармонии с медицинской этикой (биоэтикой)» [7].

А. Вознесенский по этому поводу сказал: «Все прогрессы реакционны, если рушится Человек».

### *Литература*

1. Амосов Н.М. Мысли и сердце. – М., 1998.
2. Биоэтика: принципы, правила, проблемы. Под ред. Б.Г. Юдина. – М., 1998.
3. Врачебные ассоциации, медицинская этика и общемедицинские проблемы: Сборник официальных материалов. – М., 1996.
4. Клонирование человеческих существ. Рекомендации Национальной консультативной комиссии по биоэтике, США // *Биоэтика: принципы, правила, проблемы.* – М., 1998.
5. Проблемы биоэтики. Реферативный сборник. – М., 1993.
6. Б. Г. Юдин. Клонирование человека: предварительные уроки дискуссии // *Биоэтика: принципы, правила, проблемы.* – М., 1998.
7. Яровинский М.Я. Лекции по курсу «Медицинская этика» (биоэтика): Учебное пособие. – М.: Медицина, 2000. – 256 с.



Учебное издание

Церковский Александр Леонидович, **Дуброва** Варвара Петровна

**МЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА  
КУРС ЛЕКЦИЙ**

**Курс лекций**

Технических редактор И.А. Борисов  
Компьютерная верстка А.Л. Церковский  
Корректор А.Г. Казунко

Подписано в печать 2.03.07 Формат бумаги 64х84 1/16.  
Бумага типографская №2. Гарнитура Times Усл. печ. л. 15,2  
Уч.-изд. л. 11,3 Тираж 100 экз. Заказ № 236  
Издатель и полиграфическое исполнение УО «Витебский государственный  
медицинский университет».  
ЛИ № 02330/0133209 от 30.04.04.

Отпечатано на ризографе в Витебском государственном медицинском университете.  
210602, Витебск, пр. Фрунзе, 27  
Тел. (8-0212) 261966